

EFICACIA DEL PROGRAMA DE REHABILITACION DEL HOSPITAL
UNIVERSITARIO DEL VALLE EN TERMINOS DE CALIDAD DE VIDA PARA
LOS PACIENTES EN SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD POR SECUELAS
DE LESION INTENCIONAL Y ACCIDENTE DE TRÁNSITO

LINA MARIA OSORIO V
MARIA ISABEL PAVAS V

ASESOR:
LUIS FERNANDO RENDON



UNIVERSIDAD DEL VALLE
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN ADMINISTRACION EN SALUD
SANTIAGO DE CALI, 2012

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION.....	6
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
1.1 Pregunta Problema	
2. MARCO TEORICO.....	14
2.1 Tipología de la violencia.....	14
2.2 El concepto de discapacidad.....	16
2.3 La calidad de vida	23
2.4 La independencia funcional.....	32
2.5 La intervención en rehabilitación	34
2.6 La evaluación de una intervención.	40
3. HIPÓTESIS.	46
4. OBJETIVOS	47
4.1 Objetivo general	47
4.2 Objetivos específicos	47
5. METODOLOGIA.....	48
5.1 Tipo de estudio.....	48
5.2 Población y muestra.....	48
5.3 Matriz de variables	49
5.4.1 Contactos institucionales y presentación en terreno del proyecto	52
5.4.2 Diseño y prueba de los instrumentos	52
5.4.3 Equipo de investigación y selección y capacitación del personal de campo.....	53
5.4.4 Obtención de los datos	53
5.4.5 Control de calidad y almacenamiento de los datos	54
5.5 Aanalysis de resultados	54
6. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	56

7. RESULTADOS	57
8. ANALISIS Y DISCUSIÓN	74
9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	80
10. REFERENCIAS	82
ANEXOS.....	86

TABLA DE GRAFICAS

Gráfica 1 Modelo conceptual de la CIF	20
Gráfica 2 El círculo de la rehabilitación	36
Gráfica 3: Componentes de la intervención terapéutica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle	40
Gráfica 4: Modelo de Interrelación de los Componentes de Programas de Promoción y Prevención y las preguntas para su evaluación	44
Gráfica 5 Grado de recuperación por sexo	59
Gráfica 6 Grado de recuperación por diagnóstico género femenino	60
Gráfica 7 Grado de recuperación por diagnóstico género masculino	60
Gráfica 8 Descripción barthel inicial y final.....	61
Gráfica 9 Descripción escala barthel por diagnóstico.....	59
Gráfica 10. Descripción diferencia entre el Barthel inicial y final	63
Gráfica 11 Descripción de la duración del programa y cambio en la puntuación del Indice de Barthel.....	64
Gráfica 12. Calidad de vida relaciona con la salud por dimensiones Inicial y final.....	65
Gráfica 13 Dimensiones de Calidad de Vida por Género Inicial	67
Gráfica 14 Dimensiones Calidad de Vida por Género Final	68
Gráfica 15 Gráfico descripción del componente físico según valoración de SF-36.....	69
Gráfica 16 Componente según valoración SF 36.....	70
Gráfica 17 Diferencia PC Final e Inicial.....	71
Gráfica 18 Diferencia MCS final e Inicial.....	71

TABLA DE TABLAS

Tabla 1 Descripción de las escalas de salud medidas por SF-36v2®	31
Tabla 2. Variables relacionadas con el paciente	49
Tabla 3 Variables relacionadas con la condición clínica	51
Tabla 4. Variables relacionadas con la intervención	51
Tabla 5 Variables relacionadas con la calidad de vida	52
Tabla 6 Características generales de la población incluida en el estudio	57
Tabla 7. Prueba de Wilsoxon de los rangos asignados para diferencia Barthel inicial y final:	62
Tabla 8. Calidad de vida relaciona con la salud por dimensiones Inicial y final	66
Tabla 9 Transición de salud	72
Tabla 10 Prueba de McNemar para diferencia de proporciones HT	72

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación de las personas con discapacidad actualmente es considerada como una filosofía, una técnica y una acción, que enmarca varias esferas del ser humano, y se fundamenta en un enfoque holístico bio-psico-social, espiritual y cultural.

A pesar de la evolución del concepto de discapacidad hacia una perspectiva basada en derechos, en donde la rehabilitación ha cambiado su dimensión y propósito, y ha trascendido del logro de la funcionalidad al impacto directo en la calidad de vida de los individuos, muchos de los programas de rehabilitación continúan basándose en el modelo médico de atención en el que la intervención se orienta a la recuperación de funciones específicas, sin tener en cuenta la calidad de vida de las personas que asisten a ellos.

La calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la percepción que tiene el individuo de los efectos que una enfermedad o un evento traumático generan en su bienestar físico, emocional y social. Las personas víctimas de lesión intencional y accidentes de tránsito generalmente presentan secuelas que limitan la funcionalidad y participación y generan discapacidad y afectan la calidad de vida.

La calidad de vida de las personas que asisten a programas de rehabilitación, debe ser un factor relevante en el diseño y evaluación de estos programas y considerarse como un indicador de su eficacia.

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a ésta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está

orientando no sólo al tratamiento de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

Como agentes activos del programa de rehabilitación de un Hospital de alta complejidad de la ciudad de Cali, consideramos pertinente determinar la eficacia de las intervenciones realizadas durante el proceso de rehabilitación de los usuarios víctimas de lesión intencional y accidentes de tránsito que asisten a la Unidad de Medicina Física por medio de la evaluación de la calidad de vida y la funcionalidad.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia es uno de los principales problemas sociales y de salud pública en Colombia de magnitud creciente, que genera grandes costos sociales, políticos, económicos, culturales y ambientales, la alta carga de pacientes con lesiones de causa externa que consultan a los servicios de urgencias de los hospitales de la ciudad de Cali es expresión clara de que estas son un problema de salud pública igual como ocurre en otros lugares del mundo y no solo una demanda que los servicios de salud deben atender¹. En un país donde el 60% de sus ciudadanos viven por debajo de la línea de pobreza, la violencia genera un 15% de lesiones no fatales que se traducen en discapacidad.

El número de personas con discapacidad que se ven obligados a permanecer en condiciones de marginalidad social se incrementa por la carencia de oportunidades para acceder en forma temprana a programas de rehabilitación especializados e integrales, haciendo difícil la reintegración social y laboral. Las consecuencias de esta situación inciden en la sociedad de manera negativa y se traducen en la pérdida de los núcleos familiares primarios, en el deterioro de la calidad de vida, en la disminución de la oferta laboral e influyen directamente en el aumento de la pobreza de esta población, que según el censo del año 2005 asciende a 2.594.015 personas con una prevalencia del 6.3%².

A pesar de que a nivel nacional se han implementado acciones con el fin de sensibilizar a los individuos frente a las consecuencias de las lesiones de causa externa y accidentes de tránsito, que son de algún modo prevenibles, su incidencia continúa siendo alta.

En Cali, una de las ciudades con mas altos índices de violencia en Colombia, el Hospital Universitario del Valle reporto en el Sistema de Vigilancia para las Lesiones de Causa Externa (SVLCE) elaborado por CISALVA, en el período comprendido entre los meses de enero y diciembre de 2008, 9540 lesiones de causa externa, atendidas en los servicios de urgencias. El 59 % de las lesiones sucedieron de manera no intencional, el 18% corresponde a lesiones ocurridas en accidentes de tránsito, el 19.6% corresponde a lesiones por causa intencional. En 200 casos no se obtuvo dato de la intención que originó la lesión.

Entre enero y junio de 2009, el SVLCE del HUV reportó 5923 casos de lesiones de causa externa atendidas en los servicios de urgencias. Del total se observó que el 73.35% fueron hombres. Las lesiones no intencionales representaron el 75.49% (4465) del total, la violencia interpersonal el 21.74% (1286), el suicidio y autoinflingidas el 1.8% (107).

Los accidentes de tránsito representaron el 14.45% del total de lesiones de causa externa observadas en el sistema. De acuerdo con el mecanismo – objeto de la lesión se observa que las caídas de la propia altura fueron el 18.11% (1071), lesión por cuerpo extraño 13.44% (795), las caídas de una distancia mayor el 11.94% (706), golpes contundentes 11.33% (670) y herida por arma de fuego 9% (533). Los meses en los que más se observaron ingresos de acuerdo con el sistema de vigilancia de lesiones fueron Mayo (13.52%) y Junio (11.92%). De acuerdo con el lugar donde se presenta la lesión, se observa que la mayoría de las lesiones ocurrieron en miembros inferiores (27.2%) y superiores (15.2%), en cráneo (13%) y en la zona maxilofacial (11.33%).

La mayoría de las víctimas de lesión de causa externa sufren lesiones en cráneo, miembros superiores, miembros inferiores y columna, cuyas

secuelas pueden causar en el individuo alteraciones de funcionalidad e independencia generando una discapacidad que modifica su forma de vida, su actividad productiva y su rol familiar y social y hace que requieran de asistencia por parte de servicios de rehabilitación.

La problemática de las personas con discapacidad por lesiones de causa intencional y accidentes de tránsito, debe abordarse desde la identificación de factores que influyen en la calidad de vida de acuerdo con la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual la persona vive en relación con sus objetivos, estándares, expectativas y preocupaciones.

Los servicios de rehabilitación, evalúan el logro de las intervenciones de acuerdo con los resultados obtenidos sobre las deficiencias, sin trascender a la determinación del impacto en cuanto a calidad de vida y funcionalidad generado en el individuo al ser parte activa de un proceso integral de rehabilitación, diseñado de acuerdo con sus necesidades.

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, ofrece servicios a la población del suroccidente colombiano, participa activamente en la formación de profesionales en las diferentes disciplinas de la rehabilitación y brinda atención a víctimas de violencia, contribuyendo a la disminución de secuelas que generan discapacidad en ésta población.

De los pacientes que sufrieron un accidente de tránsito y consultaron al servicio de urgencias del Hospital Universitario del Valle en el período comprendido entre los meses de enero a junio de 2009, aproximadamente un 20% fueron atendidos en la Unidad de Medicina física y Rehabilitación, en éste mismo periodo se realizó la atención de un 15% de pacientes con lesión

intencional, con un oportunidad de 35,11 días en promedio y un porcentaje de satisfacción del 99,34%.

La selección de la calidad de vida relacionada con la salud, como parámetro de medición obedece a la influencia que los programas de rehabilitación tienen en ella. En los últimos 15 años las investigaciones sobre calidad de vida han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer profesional y científico.

La percepción que tiene el individuo de los efectos que una enfermedad o la aplicación de un tipo de tratamiento tienen en su bienestar físico, emocional y social fundamenta el uso de ésta variable en la evaluación de servicios y programas.

Como lo señala Schalock (1999) las organizaciones que prestan servicios se enfrentan al desafío de proporcionar acciones de calidad que sean efectivas y que se traduzcan en resultados de calidad. Así mismo, este autor refiere como la investigación demuestra que las personas pueden ser más independientes, productivas, integradas en la comunidad y satisfechas cuando la calidad de vida está en la base de los servicios y apoyos. De esta forma la evaluación de servicios centrada en índices de calidad de vida proporciona un marco de trabajo que posibilita la retroalimentación y eficiencia del sistema; si los programas y servicios centran su trabajo en ofrecer posibilidades para mejorar la calidad de vida de sus usuarios, éstos a su vez harán que los servicios sean más eficientes y puedan beneficiar a mayor cantidad de personas³.

El uso del constructo Calidad de Vida relacionada con la salud, desde la perspectiva de su medida ha ido cambiando. En los últimos años ha venido

siendo utilizado como herramienta a través de la cual se pueden evaluar las estrategias y la calidad de resultados de diferentes procesos “....ha sido tomada como un reto para responder, en términos de teoría e investigación aplicada en política social, al diseño de programas de apoyo a individuos y grupos, y a la evaluación de servicios” (Schalock et al., 2002)⁴. Particularmente en el área de la discapacidad y rehabilitación hay un creciente interés en evaluar en que medida los programas, servicios y tratamientos mejoran la calidad de vida de los individuos^{5, 6}, ya se había considerado anteriormente este tema, al afirmar el acuerdo general existente respecto a que la evaluación de los programas de rehabilitación debía incluir medidas de calidad de vida.

La medida de la calidad de vida relacionada con la salud proporciona evidencia útil para la toma de decisiones en cuanto al impacto que las acciones y los programas tienen sobre las personas en términos de respuesta y satisfacción de sus necesidades tanto desde el punto de vista de salud, como de bienestar psicológico y social^{7 8 5}. Esta información determina en cierta medida la utilidad, pertinencia y efectividad de los programas, brindando elementos además para la toma de decisiones en política pública y servicios de apoyo².

En la medida que la satisfacción con la vida se considera muy ligada a las posibilidades de tomar decisiones y elegir entre opciones diversas, se abren oportunidades a las personas con discapacidad para expresar sus gustos, deseos, metas, aspiraciones, y tener mayor participación en las decisiones que les afectan.

Históricamente el desarrollo de los diferentes programas ofrecidos por la Unidad de Medicina física y Rehabilitación, se ha realizado de acuerdo a la

identificación de necesidades de la población que atiende; sin embargo, la carencia de información referente al impacto que producen las diferentes intervenciones realizadas en los individuos, dificulta la toma de decisiones encaminadas a lograr mayor impacto de estos programas. Por ésta razón se hace necesario determinar la eficacia del programa de rehabilitación, con base en la medición de la funcionalidad y calidad de vida de estos individuos.

1.1 Pregunta Problema

¿La intervención realizada en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, es eficaz al lograr un cambio significativo en la funcionalidad de los pacientes, y el mejoramiento de la calidad de vida?

2. MARCO TEORICO

La violencia declarada problema de salud pública fundamental y creciente en todo el mundo en 1996, durante la 49 Asamblea Mundial de la Salud, es definida según la Organización Mundial de la Salud como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.”

2.1 Tipología de la violencia.

La clasificación que propone la OMS divide la violencia en tres categorías generales, según las características de los que cometen el acto de violencia:

Violencia autoinfligida, que comprende el comportamiento suicida y las autolesiones.

Violencia interpersonal, se divide en violencia familiar o de pareja que por lo general sucede en el hogar y violencia comunitaria que se presenta entre personas que no guardan parentesco y que pueden o no conocerse, sucede por lo general fuera del hogar.

Violencia colectiva, se subdivide en violencia social, violencia política y violencia económica. La violencia colectiva infligida para promover intereses sociales sectoriales incluye, por ejemplo, los actos delictivos de odio cometidos por grupos organizados, las acciones terroristas y la violencia de masas. La violencia política incluye la guerra y otros conflictos. La violencia económica comprende los ataques por parte de grupos más grandes motivados por el afán de lucro.

La intencionalidad juega un papel fundamental en la clasificación y diferenciación de los tipos de lesiones. Se define como intencionalidad, al papel del ser humano en la ocurrencia del evento que ocasiona la lesión o lesiones. De esta forma, se diferencian dos grandes clases de lesiones: intencionales y no intencionales.

Las lesiones intencionales, son la consecuencia física u orgánica de un acto de violencia, se pueden dividir en lesiones por violencia autoinfligidas (suicidio o intentos de suicidio) y lesiones por violencia interpersonal (o por violencia entre diferentes personas o grupo de personas).

La violencia es la responsable del 14% de muertes en la población masculina, 7% en la femenina y del 15% de las lesiones no fatales que generalmente se traducen en discapacidad.

De igual manera el costo de homicidios y lesiones intencionales es muy significativo para la economía colombiana y tiene dos componentes: los costos directos que comprenden la suma de la atención médica y los costos indirectos que corresponden a la pérdida de ingresos de la sociedad, tanto de las víctimas como de los agresores.

El costo de años de vida perdidos por incapacidad representa el 1.3% del Producto Nacional Bruto (PNB) para hombres y 0.4% para las mujeres⁹.

Los años potenciales de vida saludable perdidos por incapacidad o años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVISA), muestran que el porcentaje más alto de AVISA por lesiones intencionales es en Colombia del 18 al 27% del total de años perdidos, mientras que en otros países latinoamericanos es del 3.3% y 1.4% a nivel mundial⁷.

Son actores importantes para entender la epidemiología de la violencia en nuestro país, el narcotráfico, la guerrilla, los paramilitares, la delincuencia común, la violencia intrafamiliar y el desplazamiento, entre otros.

La violencia como problema de salud pública afecta la vida de las personas en todos sus ambientes, se vuelve un determinante fundamental de los niveles de mala salud y pésima calidad de vida.

La importancia que la OPS ha concedido a los problemas de violencia en la región de Las Américas quedó resaltada en la declaración de la Conferencia Internacional sobre Sociedad, Violencia y Salud en Noviembre de 1994. Esta declaración señala, entre otros aspectos, que la violencia es un creciente problema de salud pública, demostrado por el alarmante aumento en la tasa regional de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

2.2 El concepto de discapacidad

El concepto de discapacidad ha evolucionado desde una perspectiva biomédica hacia una visión más amplia y de carácter social (integración social) que involucra el entorno, la sociedad y la cultura.

Desde el año de 1993, la OMS comenzó a trabajar en el diseño de una nueva clasificación de la discapacidad a partir de la anteriormente planteada, con el objetivo de subsanar las dificultades que se habían presentado a través de la aplicación de la Clasificación Internacional de Deficiencia, Discapacidad y Minusvalía (CIDDM). Es así como la quincuagésima cuarta Asamblea Mundial de la Salud aprueba la “Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” - CIF-, en la resolución WHW54.21 del 22 de Mayo del 2001¹⁰ Este cambio en la clasificación implicó en el fondo un cambio en el paradigma subyacente: la integración de los

modelos médico y social para explicar y entender la discapacidad y el funcionamiento humano:

“El modelo médico considera la discapacidad como un problema de la persona causado directamente por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere de cuidados médicos prestados en forma de tratamiento individual por profesionales. El tratamiento de la discapacidad está encaminado a conseguir la cura o una mejor adaptación de la persona y un cambio de su conducta. La atención sanitaria es considerada como una cuestión primordial y en el ámbito político, la respuesta principal es la de modificar y reformar la política de atención a la Salud”¹¹

Bajo éste modelo las consecuencias de la enfermedad fueron interpretadas y clasificadas de acuerdo al enfoque de salud propuesto por la CIDDM (Organización Mundial de la Salud, 1997) donde la enfermedad era el evento desencadenante de deficiencia, la cual derivaba en una discapacidad y esta a su vez en minusvalía. En éste modelo el déficit o la discapacidad adquieren la connotación de síntoma clínico siendo asumidos como la “Desviación observable de la normalidad biomédica de la estructura o función corporal/mental que surge como consecuencia de una enfermedad, trauma o lesión y ante la que hay que poner en marcha medidas terapéuticas o compensatorias, generalmente de carácter individual”¹². Desde esta perspectiva se propone el establecimiento de medidas compensatorias que “curen”, palien el déficit o promuevan una mejor adaptación del sujeto con discapacidad a las demandas y exigencias del contexto social. La atención en salud por tanto, se considera la prioridad, los profesionales del área son quienes toman las decisiones sobre la persona a partir del diagnóstico establecido, fundamentando la intervención terapéutica con base en la diferencia apreciada en los procesos de evaluación de acuerdo a parámetros de “normalidad”, convirtiendo de esta forma a la persona en objeto pasivo de

intervención.

Debido a que esta condición de “anormalidad” subrayada por los profesionales de la salud, trascendió del contexto de lo personal e individual, a las esferas sociales del individuo, se afianzó la estigmatización de la discapacidad y el aumento de la brecha entre lo normal y lo patológico en cuanto a la salud.

Por otro lado, el modelo social de la discapacidad “considera el fenómeno fundamentalmente como un problema de origen social, y principalmente como un asunto centrado en la completa integración de las personas en la sociedad. La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad, hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales, lo que en el ámbito de la política constituye una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura como un tema de índole político”¹³

El modelo social aborda la discapacidad no sólo como el déficit existente en la persona a consecuencia de una enfermedad, “sino resultante de un conjunto de condiciones, actividades y relaciones interpersonales, muchas de las cuales están motivadas por factores ambientales”¹⁴.

En este sentido se reconoce que aunque la discapacidad siempre tiene un sustrato biológico que afecta la funcionalidad del individuo, lo realmente importante es el modo en que la persona con discapacidad interactúa con su

entorno, especialmente el entorno construido por el hombre. La experiencia de la discapacidad en este sentido, es relativa a las expectativas que la sociedad coloca sobre el funcionamiento de las personas y del desempeño de un determinado rol en función de edad, sexo, factores sociales y culturales. Desde este modelo, la discapacidad se considera como un hecho social, donde es en la interacción hombre - entorno que se generan y manifiestan las desventajas que la persona con discapacidad desarrolla por sus características particulares, diferentes de las otras.

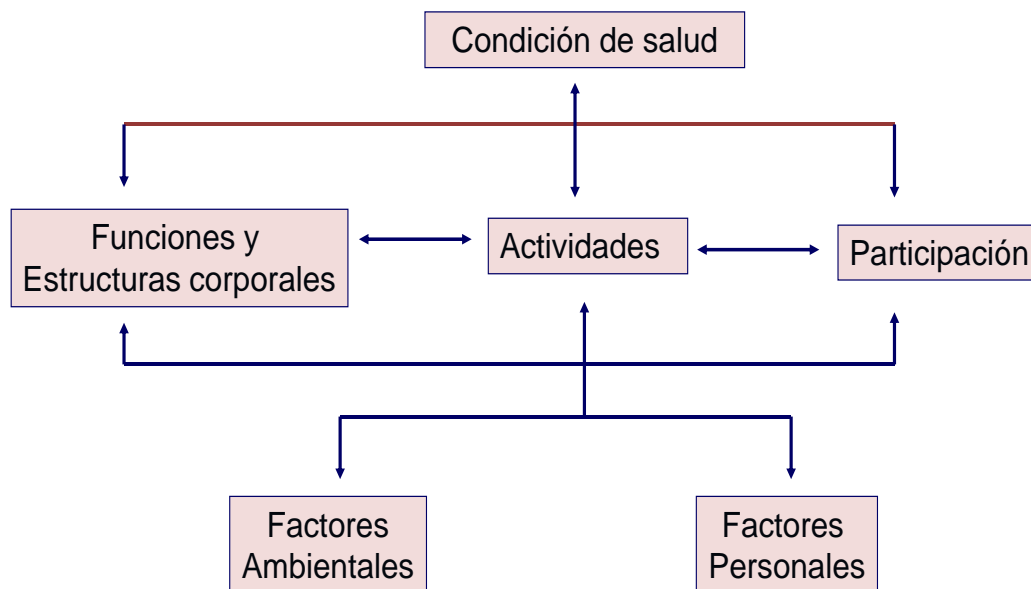
Los dos modelos anteriores representan una manera de abordaje diferente y para muchos autores opuesta de la situación de discapacidad. La OMS a través de la CIF¹⁴ valida e integra ambos modelos desde un enfoque biopsicosocial y ecológico, que resulta de la expresión de factores biológicos, psicológicos y sociales del individuo que coexisten con otros en un entorno determinado.

La discapacidad actualmente es asumida, como el resultado de la interacción multidimensional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve. De acuerdo a este modelo las relaciones que se establecen entre la persona -que posee ciertas capacidades y limitaciones- con el ambiente que lo rodea y sus constantes procesos de ajuste y desajuste, se constituyen en el principal condicionante de la discapacidad.

Entonces la discapacidad, no se considera como un atributo único de la persona o de su familia, sino que pasa a ser también una situación que involucra el entorno social, político, económico y cultural. En su análisis, se incluyen elementos que se relacionan con características corporales de la persona, su funcionamiento habitual en el contexto y factores sociales y culturales propios de su entorno que condicionan su participación social y el desarrollo de sus potencialidades como individuo perteneciente a la

sociedad.

La Clasificación Internacional del Funcionamiento la Discapacidad y la Salud –CIF abandona el enfoque primitivo del impacto resultante de enfermedades y otros trastornos para enfocar el objetivo hacia la salud y el funcionamiento humano. El término “salud” tiene aquí una significancia dentro de un marco conceptual que evalúa la salud y los estados relacionados con ella. El término “enfermedad” por su parte, deja de emplearse y a cambio aparece el término “condición de salud”. Por su lado, el “funcionamiento humano” se incluye como término neutro y global que hace referencia a todas las posibilidades del individuo desde las esferas corporal, individual, y social en cuanto a funciones y estructuras del cuerpo, actividades propias del ser humano, participación real en dichas actividades (Gráfica 1)



Gráfica 1 Modelo conceptual de la CIF¹⁵

El término “discapacidad” que antes había sido formulado como parte de las consecuencias de la enfermedad, ha sido reemplazado en esta clasificación por el término neutro "actividad" y las circunstancias negativas en esta

dimensión se describen como "limitaciones de la actividad"; el término "minusvalía" como connotación de desventaja social respecto al fracaso en el desempeño de roles, ha sido reemplazado por un término más positivo y menos estigmatizante el de "participación", y las circunstancias negativas en esta dimensión se describen como "restricciones de la participación".

Derivado de lo anterior, el término discapacidad, se eleva a término genérico e implica los aspectos "negativos" que pueden resultar de la interacción del individuo con su entorno y por tanto abarca las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Visto de esta forma, una de las utilidades y ventajas más importantes de la clasificación es que permite dejar a un lado el encasillamiento o clasificación de las personas por su condición de salud (ej., el esquizofrénico, el paralítico, el minusválido), progresando a determinar perfiles de funcionamiento de la persona en el medio dentro del marco de una condición de salud.

El modelo biopsicosocial, plantea de esta forma una serie de factores a nivel del contexto que interactúan con las tres dimensiones anteriores y recogen los aspectos sociales en los que la persona con una condición de salud, tiene acceso o realiza efectivamente. Su análisis es importante en el momento de establecer el grado en que las personas participan en situaciones comunes de la vida diaria. Estos factores son diferenciados en esta clasificación en factores personales y ambientales. Los primeros hacen referencia al trasfondo particular de la vida del individuo en el que se incluyen sus características intrínsecas como ser humano, las cuales tanto en conjunto como individualmente desempeñan un papel importante en la vivencia de la discapacidad a cualquier nivel. Por su lado, los factores ambientales constituyen el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven. Consideran una amplia variedad de elementos del medio externo que en diferentes situaciones pueden tener una influencia positiva o negativa en

el desarrollo del individuo como ser social. Éstos incluyen aspectos del entorno inmediato del individuo (hogar, colegio, trabajo) – microsistema- y de las estructuras del meso y macrosistema (estructuras formales e informales dentro de la comunidad, servicios, instituciones, leyes, entre otros).

A manera de conclusión se puede establecer que esta nueva forma de ver la discapacidad, ha permitido trascender de un concepto que en sus orígenes tenía un carácter básicamente individual con un marcado corte biológico, a uno que reconoce a la persona como individuo biopsicosocial en constante relación con su medio. La evolución de este concepto se basa en la necesidad de proveer una explicación mas acorde a la realidad de este fenómeno, menos estigmatizante, que permita explicar la forma como el entorno, y no sólo las condiciones inherentes a la persona, pueden determinar la presencia de diferentes formas y grados de discapacidad.

Se asume que la persona al interactuar constantemente con otros (familia, amigos, comunidad en general), se ve influenciada por ellos y así mismo por aspectos tan diversos como sus emociones y sentimientos, la forma como ve el mundo, su historia social, educativa, laboral, entre otros. Desde esta perspectiva, se entiende que las implicaciones de la discapacidad en un individuo superan el plano biológico y alcanzan sus dimensiones psicológicas y sociales.

Las relaciones que se establecen entre los factores del entorno y la persona determinan de una u otra manera la forma como la persona vive su vida y asume su propio desarrollo dentro de los múltiples contextos que le son propios, y es en las diversas interacciones de unos con otros donde es posible ubicar la variedad de posibilidades en que las situaciones de discapacidad pueden manifestarse. En este sentido el hecho de que una persona experimente dificultades importantes en la ejecución de actividades

y participación en sociedad, indica en cierto modo un menoscabo de su calidad de vida relacionado con la forma como ella percibe el ideal de su bienestar desde las esferas física, funcional, emocional y social. Es aquí donde cobra especial importancia analizar las posibilidades del funcionamiento humano en el marco de la salud y de la discapacidad, desde un enfoque de calidad de vida como posibilidad de desarrollo integral del individuo.

2.3La calidad de vida

En las últimas décadas se ha observado aumento en el interés por realizar estudios de calidad de vida en personas con discapacidad. Se encuentran diversas aproximaciones a este concepto que están disponibles en la literatura mundial desde las áreas de la salud, la rehabilitación, los servicios sociales y la educación, entre otras. En general los últimos estudios evidencian una tendencia a reconocer la naturaleza holística de los individuos, la complejidad de las relaciones que se establecen con el contexto y una preocupación creciente por estudiar las condiciones en las cuales se desarrolla la vida de las personas con discapacidad y sus perspectivas de futuro¹⁶.

La calidad de vida como concepto ha sido abordada desde diversas perspectivas en relación al uso común dado por la sociedad o los individuos y al amplio rango de modelos teóricos y orientaciones académicas al respecto¹⁷. Estas perspectivas van desde el estudio de la calidad de vida como indicador de desarrollo de la población pasando por el bienestar comunitario hasta el abordaje de situaciones particulares relacionadas con una condición de salud o un individuo en particular. Para algunos autores la evaluación de la calidad de vida debe incluir estimaciones de la salud física, actividades funcionales, condición de vida, relaciones sociales y otros

aspectos de tipo social y económico¹⁵ para otros debe incluir aspectos relacionados con los dominios físico, mental y social sumado a la evaluación del estilo de vida, la vivienda, situación económica, escuela o empleo^{15 18} consideran importante tener en cuenta las condiciones de vida, satisfacción, valores personales, aspiraciones y expectativas; por su parte el grupo WHOQOL de la Organización Mundial de la Salud¹⁹ establecen que el análisis de la calidad de vida debe incluir además de aspectos de salud física y psicológica, la estimación del nivel de independencia, relaciones sociales, medio ambiente, creencias personales, espiritualidad y religión.

Derivado de lo anterior las definiciones operacionales de la calidad de vida son igualmente diversas, como ejemplo se citan algunas de estas²⁰ de forma general, la define como las circunstancias de vida actuales de un individuo en el contexto de la cultura que involucra tanto aspectos subjetivos como objetivos. Desde un punto de vista social y económico²¹, define la calidad de vida como el conjunto de características físicas, biológicas, psicológicas y sociales del medio ambiente que se deben alcanzar para promover un alto nivel de bienestar de la población¹⁸ desde un ámbito psicológico hacen referencia a las sensaciones de bienestar físico, material y emocional percibido por las personas, sumado a las posibilidades de desarrollo personal, de acuerdo al conjunto de valores individuales. Para la OMS (World Health Organization, 1997), la calidad de vida está determinada por el estado físico, psicológico y de salud, las creencias personales, relaciones sociales y su relación con las características del medio ambiente. Su propuesta de análisis, incluye la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y el sistema de valores en el cual la persona vive en relación a sus objetivos, estándares, expectativas y preocupaciones.

Particularmente en el ámbito de la discapacidad, una de las propuestas más aceptadas y con mayores aplicaciones en distintos países y poblaciones con

diferentes tipos de discapacidad es la de Schalock ²². Este autor considera que la calidad de vida es un concepto que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación con ocho necesidades fundamentales que representan el núcleo de las dimensiones de la vida de las personas: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos.

En general como se puede observar, parece existir un acuerdo en que la calidad de vida hace referencia a un concepto multidimensional, amplio y complejo que involucra una serie muy variada de indicadores que lo definen en sí mismo de acuerdo al área de intervención ^{23 24 2 25} el cual involucra una carga importante de subjetividad por su relación con el sistema de valores, estándares o perspectivas que varían entre las personas, los grupos y los lugares²⁶. Por tanto su interpretación no debe apartarse en ningún momento de la referencia a circunstancias particulares del individuo y su relación con el contexto.

Las diferentes posibilidades de abordaje de la calidad de vida se han visto claramente reflejadas en la cantidad de instrumentos y medidas disponibles en la actualidad en la literatura científica^{27 28}. En general la mayoría de referentes buscan generar la reflexión en torno a la necesidad de comprender que el bienestar personal, familiar, de la comunidad o de la misma sociedad emerge de combinación de los valores personales, las diferentes concepciones y percepciones que se tiene del mundo y de las condiciones de los contextos que nos rodean^{29 30} clasifica los diferentes instrumentos de calidad de vida en cinco ámbitos:

- Medidas que evalúan una dimensión específica sobre aspectos particulares de la salud como, bienestar psicosocial.

- Evaluaciones genéricas de la calidad de vida que pueden ser aplicadas tanto a la población en general como a situaciones o personas particulares.
- Evaluación de calidad de vida en una condición de salud o población específica.
- Medidas individualizadas donde se incluyen aspectos en los cuales el encuestador determina el peso relativo o la importancia de la medida desde su propia visión.
- Medidas de utilidad, desarrolladas para evaluación económica, donde incorpora preferencias de los estados de salud.

Como ejemplo de lo anterior, se encuentran tanto evaluaciones individualizadas de la calidad de vida que reflejan el peso específico que tiene un dominio en la vida de una persona^{30 17} como instrumentos que abordan de forma genérica cierto grupo de discapacidades relacionadas con condiciones crónicas³¹, derivadas de discapacidades físicas,³² o intelectuales^{33 34}, entre otras. Otra cantidad importante de instrumentos, han sido diseñados y aplicados en personas que conviven con un tipo de discapacidad específica entre los que se encuentran: lesiones en la médula espinal³⁵, enfermedad cerebro vascular³⁶ artritis reumatoidea³⁷ o desórdenes del espectro autista³⁸.

Se estima que más de mil millones de personas viven con algún tipo de discapacidad; o sea, alrededor del 15% de la población mundial (según las estimaciones de la población mundial en 2010). Esta cifra es superior a las estimaciones previas de la Organización Mundial de la Salud, correspondientes a los años 1970, que eran de aproximadamente un 10%³⁸.

Según la Encuesta Mundial de Salud, cerca de 785 millones de personas (15,6%) de 15 años y más viven con una discapacidad, mientras que el

proyecto sobre la Carga Mundial de Morbilidad estima una cifra próxima a los 975 millones (19,4%). La Encuesta Mundial de Salud señala que, del total estimado de personas con discapacidad, 110 millones (2,2%) tienen dificultades muy significativas de funcionamiento, mientras que la Carga Mundial de Morbilidad cifra en 190 millones (3,8%) las personas con una “discapacidad grave” (el equivalente a la discapacidad asociada a afecciones tales como la tetraplejía, depresión grave o ceguera). Solo la Carga Mundial de Morbilidad mide las discapacidades infantiles (0-14 años), con una estimación de 95 millones de niños (5,1%), 13 millones de los cuales (0,7%) tienen “discapacidad grave”³⁸.

La falta de datos rigurosos y comparables sobre la discapacidad y la falta de pruebas objetivas sobre los programas que funcionan pueden dificultar la comprensión e impedir que se adopten medidas. Conocer el número de personas con discapacidad y sus circunstancias puede mejorar los esfuerzos para eliminar obstáculos discapacitantes y proporcionar servicios que permitan la participación de las personas con discapacidad. Por ejemplo, para facilitar la identificación de intervenciones ambientales rentables deben estudiarse mejor el entorno y sus efectos sobre los diferentes aspectos de la discapacidad³⁸.

Hay pruebas crecientes de que las personas con discapacidad tienen peores niveles de salud que la población general. Dependiendo del grupo y el contexto, las personas con discapacidad pueden experimentar mayor vulnerabilidad a enfermedades secundarias prevenibles, comorbilidades y trastornos relacionados con la edad. Algunos estudios también han indicado que las personas con discapacidad tienen tasas más elevadas de comportamientos de riesgo, como el hábito de fumar, una dieta deficiente e inactividad física. Las personas con discapacidad también corren un mayor riesgo de estar expuestas a violencia³⁸.

La necesidad no satisfecha de servicios de rehabilitación (incluidos los dispositivos auxiliares) puede tener malas consecuencias para las personas con discapacidad, como el deterioro del estado general de salud, limitaciones de las actividades, restricciones para la participación y peor calidad de vida³⁸.

Las personas con discapacidad tienen más probabilidades de estar desempleadas, y generalmente ganan menos cuando trabajan. Los datos mundiales de la Encuesta Mundial de Salud indican que las tasas de empleo son menores entre los varones y mujeres discapacitados (53% y 20%, respectivamente) que entre los varones y mujeres no discapacitados (65% y 30%, respectivamente). Un estudio reciente de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) comprobó que, en 27 países, las personas con discapacidad en edad de trabajar, en comparación con sus homólogas no discapacitadas, experimentaban desventajas significativas en el mercado laboral y tenían peores oportunidades de empleo. En promedio, su tasa de empleo (44%) era ligeramente superior a la mitad de la de las personas sin discapacidad (75%)³⁹.

El número de personas con discapacidad está creciendo en Colombia, según la OMS el 12% de la población sufre algún tipo de discapacidad, cifra que tiende a aumentar debido a la situación de violencia que vive el país. En el mundo las enfermedades de tipo degenerativo, las congénitas y el trauma por accidente de tránsito son la mayor causa de discapacidad, a diferencia de lo que sucede en Colombia donde la violencia es una de sus principales generadoras. De acuerdo a las estimaciones de la OMS y teniendo en cuenta que la población actual de Colombia se encuentra cercana a los 44 millones de habitantes estaríamos hablando de una cifra cercana a los 5.280.000 personas con algún tipo de discapacidad. No obstante, los datos del último Censo de Población y Vivienda del año 1993 revelaron un total de 593.618 personas censadas con discapacidad, lo que significaría únicamente

el 1.85% sobre la población total del país. Si se mantuviera el promedio que arrojó el censo, hoy el país tendría 814.000 personas con discapacidad, cifra que dista muchísimo de los estimativos porcentuales de la OMS arriba mencionados. Al revisar datos de registro de número de personas en situación de discapacidad obtenidos en el censo de 2005 se observa un incremento en la prevalencia de discapacidad de 1.85 a 6.3%, que corresponde aproximadamente a 2'594.015 habitantes con algún tipo de discapacidad ²

El Ministerio de Salud y Protección Social impulsó la realización de estudios de prevalencia de discapacidad en varios departamentos. El Valle del Cauca fue pionero en la aplicación del estudio encontrándose una prevalencia de deficiencia de 6.98% y de discapacidad de 3.99%. En el 27.5% de los hogares encuestados, hay una o mas personas con deficiencia; de estos el 17.2% son personas con discapacidad⁴⁰. El registro para localización y caracterización de personas con discapacidad en 16 municipios del Valle del Cauca reporta en el año 2007 un total de 32.071 personas en situación de discapacidad, de los cuales el 50.87% son hombres y el 49.13% son mujeres. El registro de generadores de discapacidad muestra que en ésta población 156 personas son victimas del conflicto armado, 1616 victimas de accidentes de tránsito y 211 por lesión autoinfligida.

En éste estudio se utilizó como instrumento de evaluación el cuestionario de salud SF-36v2®, que es un instrumento genérico de calidad de vida relacionada con la salud que puede ser usado para medir el alcance de las intervenciones en rehabilitación. Fue diseñado para cubrir la brecha existente entre escalas extensas y cortas, con el propósito de tener una mejor comprensión y representación del concepto de salud y satisfacer un mínimo de estándares psicométricos del concepto general de calidad de vida relacionada con la salud, independientes de la edad, la condición de salud o

los tratamientos recibidos.

Su traducción y validación en español fue realizada por Alonso y col, en el marco del proyecto multicéntrico internacional para la evaluación de la calidad de vida, el proyecto IQOLA⁴¹. Las propiedades psicométricas de las versiones inglesa y española se mantuvieron en su adaptación cultural y evaluación de su confiabilidad en Colombia por Lugo y col.⁴², quienes recomiendan su uso amplio en el país.

El SF-36v2® comprende ocho conceptos de salud que se agrupan en dos medidas de resumen, una física y otra mental y se incluye además una autoevaluación del cambio de salud en las últimas cuatro semanas. El cuestionario tiene las dimensiones: Función física, Limitaciones del rol por problemas físicos, Dolor corporal, Percepción de la salud general, Vitalidad, Función social, Limitaciones del rol por problemas emocionales y Salud mental. Hay un ítem que no está incluido en las ocho dimensiones, el cambio de salud en el tiempo. Para cada dimensión o escala los ítems se codifican, agregan y transforman en una escala que tiene un recorrido desde cero (peor estado de salud) hasta 100 (mejor estado de salud). El SF-36 puede ser aplicado por autoadministración, por teléfono o por entrevista a personas mayores de catorce años. En éste estudio se utilizó la versión en español validada para Colombia y su aplicación se realizó a través de entrevista.

Tabla 1 Descripción de las escalas de salud medidas por SF-36v2®

Dimensión	N° ítems	Peor puntuación 0	Mejor puntuación 100
Función Física	10	Muy limitado para llevar a cabo todas las actividades físicas incluido bañarse o ducharse debido a la salud	Lleva a cabo todo tipo de actividades físicas, incluidas las más vigorosas sin ninguna limitación debido a su salud
Rol físico	4	Problemas con el trabajo u otras actividades diarias debido a salud física	Ningún problema con el trabajo u otras actividades diarias debido a la salud física
Dolor corporal	2	Dolor muy intenso y extremadamente Limitante	Ningún dolor ni limitaciones debidas a él
Salud general	5	Evalúa como mala la propia salud y cree posible que empeore	Evalúa la propia salud como excelente
Vitalidad	4	Se siente cansado y exhausto todo el tiempo	Se siente muy dinámico y lleno de energía todo el tiempo
Función social	2	Interferencia extrema y muy frecuente con las actividades sociales normales debido a problemas físicos o emocionales	Lleva a cabo las actividades sociales normales sin ninguna interferencia debido a problemas físicos o emocionales
Rol emocional	3	Problemas con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales	Ningún problema con el trabajo y otras actividades diarias debido a problemas emocionales
Salud mental	5	Sentimiento de angustia y depresión durante todo el tiempo	Sentimiento de felicidad , tranquilidad y calma durante todo el tiempo
Item de transición de salud	1	¿Cree que su salud es mucho peor ahora que hace un año?	¿Cree que su salud general es mucho mejor ahora que hace un año

Fuente: traducido de Ware JE, Kosinski, Keller SD. 1994.

2.4 La independencia funcional.

En Salud Pública existe una tendencia creciente a valorar el impacto que los problemas de salud tienen, tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios. En éste sentido la evaluación de la discapacidad está adquiriendo una relevancia cada vez mayor. El índice de Barthel es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito, el cual mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. El Índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas, es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias.

Por otra parte su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el Índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública.

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos cuya prevalencia de discapacidad es mayor que en la población general. Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de uno de los instrumentos más ampliamente

utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como Índice de Discapacidad de Maryland⁴³.

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades⁴⁹.

Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD⁴⁹.

El Índice de Barthel, asigna a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluidas en el índice son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente).

2.5 La intervención en rehabilitación

La rehabilitación es entendida como un conjunto de medidas efectivas y pertinentes para que las personas con discapacidad puedan lograr y mantener la máxima independencia, capacidad física, mental, social y vocacional, y la inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida⁴⁴. Hacen parte de éstas medidas, las intervenciones terapéuticas que están orientadas a la compensación y restauración de las pérdidas funcionales y a la prevención o el retardo del deterioro del funcionamiento en las diferentes áreas de desempeño.

Las acciones terapéuticas incluyen entrenamiento, ejercicio, y estrategias compensatorias, educación, apoyo psicosocial, modificación de los contextos y tecnología de asistencia. Así mismo a través de procesos terapéuticos, procesos formativos, educativos y sociales se busca mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad y promover su integración y participación social.

La Unidad de Medicina Física y Rehabilitación (UMFR) del HUV, ofrece servicios de rehabilitación desde el año 1966, tanto a usuarios que se encuentran hospitalizados como a los que asisten a sus instalaciones de manera ambulatoria.

El objetivo fundamental de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación en la actualidad es optimizar las capacidades de las personas con discapacidad, para lograr su integración a la vida familiar, social y laboral, a través de la utilización de los recursos en Medicina Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Terapia del Lenguaje, Trabajo Social y Psicología, con criterios de calidad, oportunidad y efectividad. Igualmente contribuir, por su carácter docente-asistencial en la formación de personal de salud a nivel de pregrado

y postgrado, mediante la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas necesarias, para el desempeño de profesionales idóneos en lo científico, humano, social y laboral.

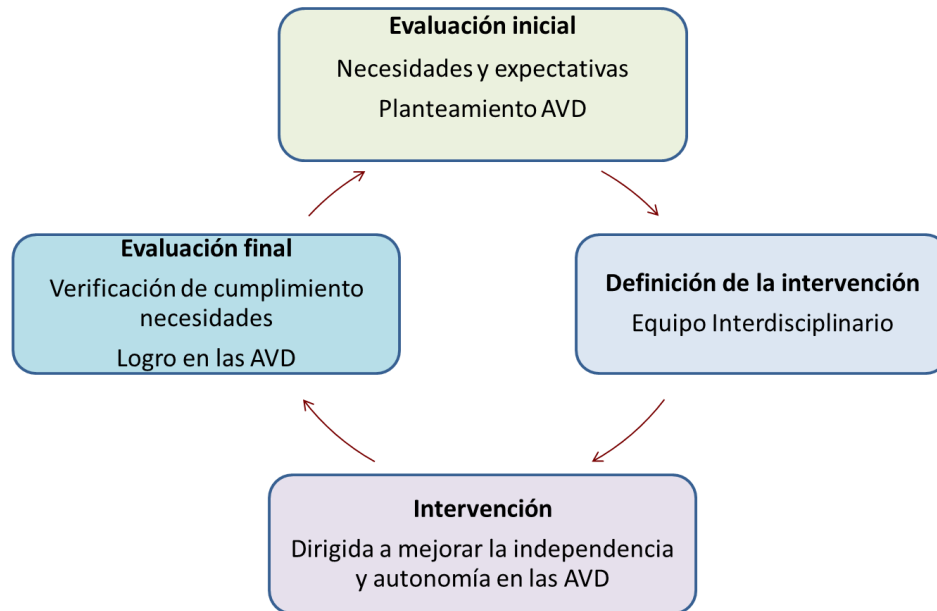
En el año 2008, la UMFR en alianza con la Agencia de Cooperación Internacional del Japón “JICA” inició el proyecto de “Fortalecimiento del Sistema de Rehabilitación Integral para Personas con discapacidad, especialmente víctimas de accidentes de minas antipersonales”, con participación con la Vicepresidencia de la Republica, el Ministerio de Protección Social, la Secretaria de Salud del Departamento del Valle, la Secretaria de Salud del Departamento de Antioquia, El comité de Rehabilitación de Antioquia y la Fundación Ideal.

Como propósito general del proyecto se tenía el mejoramiento de la calidad de los procesos de rehabilitación funcional integral para personas con discapacidad especialmente víctimas de MAP/MUSE en los Departamentos del Valle del Cauca y Antioquia.

La reflexión sobre las intervenciones en rehabilitación con una intención definida transversalmente en la funcionalidad e independencia del individuo, permite iniciar un trabajo con enfoque en el logro de resultados funcionales de los programas al interior de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.

El programa de rehabilitación del Hospital Universitario del Valle se fundamenta en el modelo conceptual de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la discapacidad y la salud y se estructura en ciclo de la rehabilitación documentado por Stucky and Sangha, en el cual se evidencian varios momentos, la valoración inicial que busca identificar los problemas y necesidades de los pacientes, la definición de la intervención, la implementación de la intervención y la evaluación de los resultados de la

intervención en cuanto a su funcionalidad e independencia en la realización de las actividades de la vida diaria (Gráfica 2)



Gráfica 2 El círculo de la rehabilitación⁴⁵

Los pacientes que asisten a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación son inicialmente valorados por un equipo interdisciplinario en consulta o clínicas especializadas e inician el proceso de rehabilitación que incluye soporte psicosocial. La intervención del paciente se realiza de manera interdisciplinar con objetivos comunes.

La evaluación de las Actividades de la Vida Diaria, es parte fundamental en la orientación de objetivos terapéuticos relacionados con la autonomía e independencia de las personas con discapacidad, el instrumento es solo un medio, un método para llegar al reconocimiento de las necesidades básicas en un programa de rehabilitación. El gran aporte del enfoque en las Actividades de la Vida Diaria en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación ha sido la unificación del lenguaje, la priorización de objetivos

funcionales que tengan impacto sobre la calidad de vida de las personas con discapacidad y el trabajo interdisciplinario para el logro de metas comunes.

La frecuencia de asistencia de los pacientes al programa de rehabilitación es de dos o tres veces por semana, con una duración, en términos generales de uno a tres meses, aunque el proceso de rehabilitación de un paciente puede extenderse hasta los seis meses o un año, dependiendo de su funcionalidad potencial; en todos los casos la planeación y prescripción del tratamiento se hace de acuerdo con la identificación de necesidades y expectativas, impacto generado por la lesión en la calidad de vida de los pacientes y se ajusta a los objetivos funcionales de independencia y autonomía.

Los componentes del programa de rehabilitación funcional son:

El Componente terapéutico que incluye el uso de diversas estrategias para controlar el dolor, mejorar la movilidad, la fuerza, el balance, la coordinación, la propiocepción y el equilibrio, adicionalmente las actividades de autocuidado, trabajo, juego, adaptación de las tareas y el entorno para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad con el fin de lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.

El componente educativo de la rehabilitación busca el empoderamiento de los pacientes y cuidadores en derechos y deberes de las personas con discapacidad y en los procesos de rehabilitación, de igual manera enfatiza en la adquisición de habilidades de autocuidado, incluye un plan de acción para el reconocimiento precoz de las complicaciones relacionadas con la movilidad inadecuada, y el deterioro del funcionamiento en las diferentes áreas del desempeño.

El componente psicosocial, busca fortalecer aspectos emocionales del paciente y orientar los procesos de integración familia usuario, para desarrollar estrategias de afrontamiento relacionadas con la discapacidad, facilitando la participación activa del paciente en el proceso de rehabilitación. En la Unidad se brinda como un proceso de apoyo psicosocial individual y familiar, en el cual se identifica “el problema” tanto en las relaciones familiares como el impacto que ha generado la situación de discapacidad de uno(s) de sus miembros en ésta al interior de la familia; igualmente el objetivo es identificar con la familia y el usuario alternativas para enfrentar una situación de conflicto. La orientación no es cambiar la persona ni a la familia si no apoyarla para que utilice sus recursos internos, se adapte a las dificultades y los retos que supone la situación de discapacidad generando así un ajuste a situaciones externas y se enfrente “mejor” a la vida.

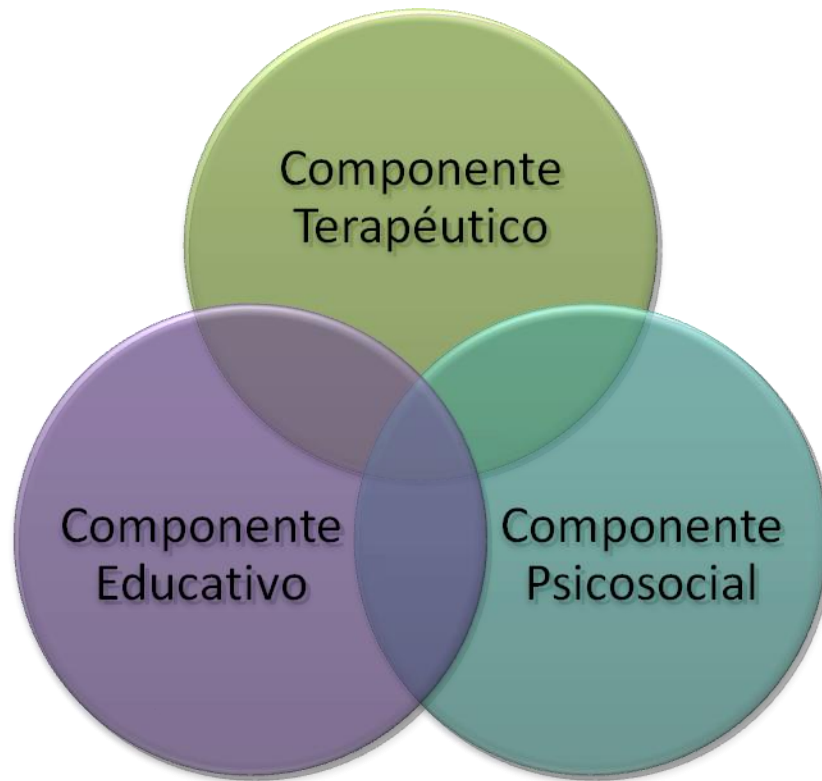
Esto se hace a través de grupos de apoyos que es una herramienta terapéutica que provee ayuda personalizada y práctica para enfrentar de manera adecuada los temas difíciles relacionados a la situación de discapacidad. El grupo ofrece apoyo emocional e información a personas con una condición común. El grupo de apoyo puede llegar a ser un espacio para hablar sobre:

- Los sentimientos al enfrentarse a su nueva condición de discapacidad (tanto la familia como individualmente).
- La reacción de la familia, amigos, compañeros de trabajo cuando supieron de su nueva condición.
- Los temores frente a su nueva condición.
- Los cambios de estilo de vida que son o serán difíciles.
- Cómo la nueva condición ha afectado su trabajo, sus amistades, su vida familiar.
- Retos y dificultades que han enfrentado después de conocer su nueva

condición.

El grupo de apoyo es una manera eficaz de tratar el estrés causado por una condición particular y resolver la falta de conocimiento inicial.

Otra estrategia utilizada son las redes de apoyo la cual es una estrategia que se utiliza con el fin de aumentar la interrelación entre familia y contexto social próximo de manera que se cree una red de apoyo social, con la participación en grupos de apoyo y de ayuda mutua, identificando instituciones sociales que puedan brindar a la persona con discapacidad satisfacción a las necesidades de educación, integración social, integración laboral, inclusión deportiva, además de hacer uso de los recursos comunitarios como sujeto de derechos y deberes.(Grafica 3).



Gráfica 3: Componentes de la intervención terapéutica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle

2.6 La evaluación de una intervención.

Evaluar es medir un fenómeno o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia. La evaluación debe ser parte integral del diseño y desarrollo de cualquier programa o intervención que pretenda aliviar o solucionar problemas asociados a la calidad de vida de las personas. Debe brindar información confiable y útil que pueda ser usada en el proceso de toma de decisiones. Por su parte, Rossi et al (1999) definen evaluación como “el uso de procedimientos científicos para

sistemáticamente investigar la efectividad de los programas, es un instrumento para estudiar, comprender y contribuir en el mejoramiento de los programas en todos sus aspectos importantes, incluyendo el diagnóstico de los problemas a los que se dirigen, su conceptualización, diseño, implementación, administración, resultados y eficiencia”⁴⁶.

Fundamentalmente hay dos tipos de evaluación: monitoreo y evaluación de procesos (desempeño), y evaluación de resultados e impacto.

El monitoreo es el seguimiento rutinario de las actividades de los servicios a través de una medición regular y continua para ver si las actividades planificadas se están realizando, muestra si las actividades se están implementando de acuerdo con los planes y describe el grado de utilización de los servicios. La evaluación de procesos debe llevarse a cabo conjuntamente con el monitoreo y recoge información que mide como se están desarrollando las actividades. Se usa para medir provisión (disponibilidad, accesibilidad y calidad de los servicios), utilización y cobertura.

La evaluación de resultados determina si hay cambios en la población objetivo o beneficiaria, generalmente son evaluaciones de cambio en los resultados de corto y mediano plazo, tales como cambios en el conocimiento, actitudes y comportamiento de los usuarios relacionados con el proceso salud-enfermedad y permiten estimar resultados específicos. La evaluación de impacto determina cuanto de los cambios observados en los resultados se deben a los esfuerzos realizados. A menudo se llevan a cabo en plazos mayores y pueden identificar cambios en la salud⁴⁷.

La evaluación se centra principalmente en la capacidad de facilitar los

procesos administrativos y se constituye en una guía para la orientación de la gestión, en cuanto a los procesos de promoción, prevención y rehabilitación, permite identificar elementos válidos para continuar, suspender o modificar un programa.

La investigación evaluativa es un enfoque que se origina desde comienzos del siglo XX en la cual se consideran aspectos cualitativos y cuantitativos, inicialmente se centró en los individuos, luego en las instituciones, sus objetivos y en la identificación de los actores comprometidos en los procesos.

La evaluación de los servicios de salud se desarrolla en términos del esfuerzo que las instituciones y los sujetos invierten en el desarrollo de los procesos y en términos de los resultados obtenidos frente a la población objeto y considera tres categorías: estructura, proceso y resultados.

Estructura: es la distribución y orden de las partes importantes que componen los planes y programas, en ésta se consideran la disponibilidad y la accesibilidad.

Proceso: conduce a identificar el logro de los resultados esperados, éste comprende el uso, la calidad, la utilización y la productividad.

Resultado: con el análisis de la categoría resultado se pretende determinar en forma concluyente si hay cumplimiento total, parcial o nulo de las actividades en cada uno de los programas. La evaluación de los servicios de salud debe fundamentarse en la apreciación del resultado o impacto sobre las personas que son el objeto final o la razón de ser de los servicios, éste incluye cobertura, eficacia, costo-eficiencia y efectividad⁴⁸.

El resultado final de las acciones de los servicios de salud sobre la población objeto de los mismos se define como efectividad. Para conocer la efectividad de un servicio se debe de conocer la situación de salud de la población y su necesidad, antes y después de efectuar las acciones. En estricto sentido, la efectividad se refiere a diferencias entre la situación de salud antes y después de la prestación de los servicios en un período dado.

Es muy útil el análisis de efectividad para la planeación de los servicios de salud. Desde luego la efectividad está muy relacionada con una buena cobertura de atención y a la eficacia. Se dice que si a pesar de los esfuerzos por aumentar la cobertura la efectividad es baja hay razón para pensar que la eficacia no es buena. La eficacia se mide en términos del resultado deseable ó del propio objetivo del servicio. Desde luego que la eficacia está determinada por dos factores principales: factores externos (características del ambiente social, económico y de la persona) y la calidad.

Para la realización de evaluaciones se han retomado muchos conceptos de diversas disciplinas del conocimiento. Es así como de la educación surgieron los conceptos de evaluación sumativa y formativa; de las ciencias sociales provino la clasificación de evaluación basada en proceso o en impacto, el concepto de validez interna y externa y los análisis de costo-beneficio; las ciencias de la salud aportaron los métodos de los ensayos aleatorizados, el uso de modelos epidemiológicos para tener en cuenta variables de nivel poblacional y los conceptos de eficacia y de efectividad. Todo lo anterior, evidencia la naturaleza multidisciplinaria de la evaluación y la variedad de temas y preocupaciones que han llevado al desarrollo de este campo del conocimiento.

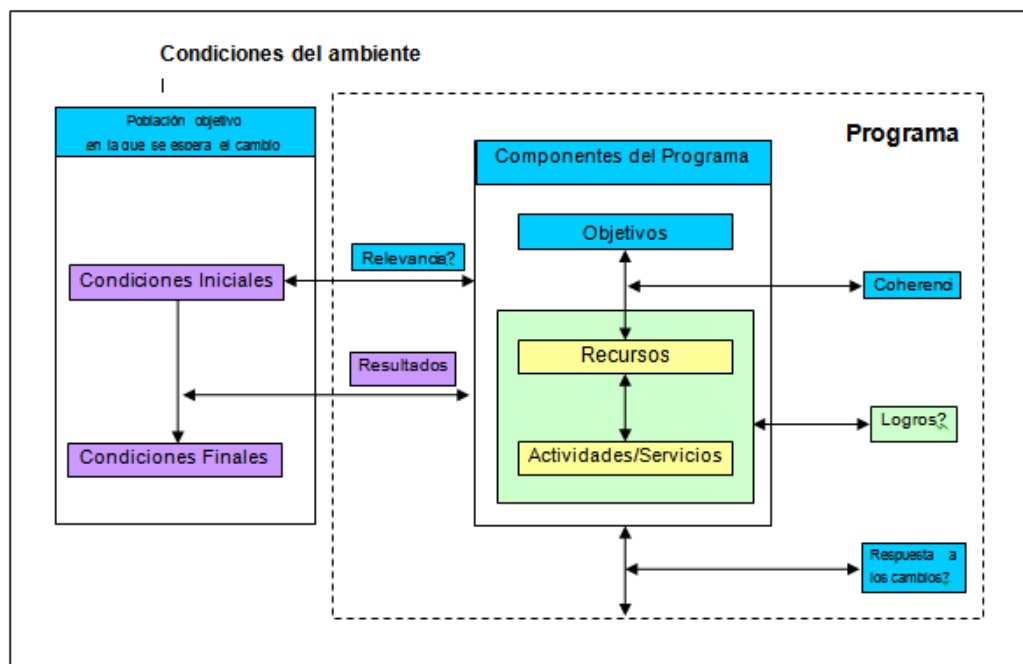
En programas sociales como los de promoción y prevención, las preguntas de evaluación relevantes y, por tanto, su diseño, deben estar basados en una

conceptualización comprehensiva de las intervenciones, dado que estas intervenciones son complejas, involucran una fuerte interacción con su contexto y su evaluación requiere un amplio rango de preguntas.

Teniendo en cuenta esto, Potvin y colaboradores plantean un modelo en el cual conectan los componentes de un programa definidos según la teoría de sistemas, con las preguntas de evaluación relacionadas con dichos componentes (Gráfica 4).

Gráfica 4: Modelo de Interrelación de los Componentes de Programas de Promoción y Prevención y las preguntas para su evaluación

Fuente: Potvin L, Haddat S, Frohlich L. Beyond process and outcome evaluation: a



comprehensive approach for evaluating health promotion programmes.

Actualmente el programa se evalúa a partir de la medición de indicadores como la oportunidad, productividad, satisfacción del usuario, calidad de la historia clínica, la presencia de eventos adversos, que reflejan más el proceso, que el resultado e impacto de las intervenciones.

En el caso de éste estudio la eficacia del programa de rehabilitación de la Unidad de Medicina física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle se evaluó en términos del logro de la funcionalidad y calidad de vida relacionada con la salud⁴⁹, debido a que la identificación del impacto que genera las secuelas de lesión intencional en la funcionalidad de los pacientes y la variación en la percepción de su propia salud, fundamentan la selección de la funcionalidad y la calidad de vida como indicadores de impacto de la intervención en rehabilitación.

3. HIPÓTESIS.

La intervención realizada en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, es eficaz al lograr un cambio significativo en la funcionalidad de los pacientes, su adaptación post traumática y el mejoramiento de la calidad de vida.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Evaluar la eficacia del programa de rehabilitación de la Unidad de Medicina Física y rehabilitación en los pacientes que sufren accidente de tránsito y lesión intencional en términos de calidad de vida y funcionalidad.

4.2 Objetivos específicos

- Caracterizar la población víctima de accidentes de tránsito y con lesión intencional que consulta al servicio de rehabilitación del Hospital Universitario del Valle.
- Medir el nivel de funcionalidad e independencia en la realización de las actividades de la vida diaria de los pacientes víctimas de accidente de tránsito y lesión intencional que finalizaron tratamiento de rehabilitación en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle.
- Evaluar la calidad de vida de los pacientes que víctimas accidente de tránsito y lesión intencional que terminaron tratamiento de rehabilitación en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle.

5. METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio de investigación evaluativa antes y después, con pacientes que sufrieron lesión intencional y/o accidente de tránsito y realizaron su programa de rehabilitación en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, cada paciente fue su control durante el periodo de evaluación.

5.2 Población y muestra

La población de este estudio fueron los pacientes con alteraciones en la funcionalidad en situación de discapacidad secundaria a lesión intencional y/o accidente de tránsito atendidos en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, en el periodo comprendido entre enero y noviembre de 2011 que cumplieron con los criterios de inclusión.

Criterios de Inclusión

- Pacientes que asistieron a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle durante los meses de enero a noviembre de 2011, víctimas de accidente de tránsito y/o lesión intencional.
- Pacientes mayores de 18 años y menores de 70 años.

Criterios de exclusión

- Pacientes con alteraciones funcionales y de salud previas no relacionadas con lesión intencional o accidente de tránsito, que sufran posteriormente éste tipo de lesiones.
- Pacientes que presenten compromiso cognitivo o de su esfera mental.

Se calculó el tamaño de la muestra con los siguientes parámetros: Población total en estudio 1162 individuos, la diferencia entre la medición antes y después del índice de Barthel del 20% (proporción esperada de mejoría), un nivel de alfa (α) de 0,10 y beta (β) de 0,20 para un tamaño aproximado de 130 individuos.

5.3 Matriz de variables

Tabla 2. Variables relacionadas con el paciente

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN	POSIBLES VARIABLES
GENERO	Identidad de género masculino o femenino	Categórica nominal	1.Femenino 2.Masculino
EDAD	Edad en años. cumplidos	Cuantitativa discreta	18,19,20... a 70 años
ESTADO CIVIL	Situación de la persona determinada por su tipo de relación de pareja.	Categórica nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Unión Libre 4.Separado 5.Viudo
ESCOLARIDAD	Nivel educativo alcanzado	Categórica nominal	1.Primaria 2.Secundaria 3.Universitario 4.Postgrado

OCUPACION	Actividad que desempeña la persona al momento de la lesión, con base en la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones	Categorica Poilitomica	0 Fuerza Publica 1. Miembros del poder ejecutivo de los cuerpos legislativos y personal directivo o de la administración pública y de las empresas 2. profesionales Universitarios científicos e intelectuales 3.Tecnicos Postsecundarios no universitarios y asistentes 4.Empleados de oficina 5. Trabajadores de los servicios y vendedores 6.Agricultores,trabajadores, y obreros , agropecuarios,forestales y pesqueros. 7.Operarios ,oficiales, artesanos, y trabajadores de la industria manufacturera, de la construcción y de la minería. 8.Operadores de instalaciones de maquinas y ensambladores. 9.Trabajadores No calificados 10. Desempleados 11. Ama de casa.
ESTRATO SOCIOECONOMICO	Estrato del lugar de residencia habitual del paciente	Categórica Ordinal	1 2 3 4 5 6
TIPO DE VINCULACION AL SGSSS	Tipo de afiliación según Sistema General de Seguridad Social en salud	Categórica nominal	1.Contributivo 2.Subsidiado 3.Vinculado 4.Soat-Ecat 5.Particular

Tabla 3 Variables relacionadas con la condición clínica

DIAGNOSTICO DE LA LESION	Diagnóstico dado por el médico y documentado en historia clínica, Codificación de acuerdo a la Clasificación internacional de enfermedades	Categórica Nominal	Código CIE 10, Décima versión
--------------------------	--	--------------------	-------------------------------

Tabla 4. Variables relacionadas con la intervención

GRADO DE RECUPERACION AL EGRESO DEL PACIENTE	Condición funcional del paciente al ser dado de alta de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación.	Categórica Ordinal	Leve Moderada Satisfactoria
TEST ESCALA DE FUNCIONALIDAD INDICE DE BARTHEL	Nivel de independencia del paciente para la realización de sus actividades de la vida diaria.	Ordinal	Independiente 100 Dependiente leve 91 a 99 Dependiente moderado 61 a 90 Dependiente grave 21 a 60 Dependiente total 0 a 20
OPORTUNIDAD EN LA INICIACION DEL PROCESO DE REHABILITACION	Tiempo en días transcurridos entre la remisión al servicio y el inicio del proceso de rehabilitación	Categórica	1. Menos de 15 días 2. 16 días a 30 días 3. 31 a 45 días 4. 46 a 60 días 5. Mas de 60 días

Tabla 5 Variables relacionadas con la calidad de vida

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA SF-36V2®	Función física (FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM)	Categórica nominal	Escala original tipo Likert, posteriormente transformada a escala continua con valores entre cero y cien.
--	--	--------------------	---

5.4 Recolección de datos

5.4.1 Contactos institucionales y presentación en terreno del proyecto

El equipo de investigación, durante la elaboración de esta propuesta, se puso en contacto con el personal que labora en la Unidad de rehabilitación y personal de apoyo necesario en el HUV donde se propuso realizar el estudio, con el fin de presentar el proyecto de investigación y lograr la participación de la institución en la ejecución del mismo. Además, se contó con la participación activa del personal involucrado en la ejecución del trabajo para la recolección de información, contribuir a las discusiones técnicas que el proyecto requiera y hacer el uso pertinente de los resultados.

5.4.2 Diseño y prueba de los instrumentos

Los instrumentos que se usaron en el estudio fueron el cuestionario de captación y recolección de información sociodemográfica, formato de evaluación fisioterapéutica de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, el formato de evaluación de actividades de la vida diaria (Índice de Barthel), la versión en español del cuestionario de

Calidad de Vida SF-36v2® Health Survey. Con respecto al SF-36v2®, se pidió autorización para su uso a Quality Metric Incorporated y se adquirió tanto el instrumento como el software de análisis. Estos instrumentos de medición han sido validados con anterioridad por investigaciones tanto a nivel nacional como internacional

El SF – 36, en su idioma original mostró confiabilidad y validez de apariencia, de contenido, de criterio (concurrente y predictiva) y de constructo⁵⁰.

Se usó en más de 40 países en el proyecto International Quality of Life Assessment (IQLOA), está documentado en más de 1.000 publicaciones, su utilidad para estimar la carga de la enfermedad está descrita en más de 130 condiciones y por su brevedad y comprensión se usa ampliamente en el mundo.

5.4.3 Equipo de investigación y selección y capacitación del personal de campo

Para la realización de la investigación las investigadoras coordinaron el trabajo de campo. Estas dos personas fueron las responsables de la capacitación y selección del personal que realizó las encuestas.

5.4.4 Obtención de los datos

Las fuentes de información primaria fueron las encuestas y evaluaciones realizadas a los pacientes y como fuente secundaria las historias clínicas de dichos pacientes.

El instrumento de captación fue aplicado por los fisioterapeutas durante la evaluación inicial una vez se verificaron los criterios de inclusión y se obtuvo

el consentimiento informado por parte del paciente. Se realizó a cada paciente participante una medición de fuerza muscular, arcos de movilidad articular y dolor al iniciar y al terminar el tratamiento. También se aplicaron los instrumentos cuestionario de calidad de vida SF-36v2® Health Survey e Índice de Barthel al inicio y final del tratamiento.

Estos dos cuestionarios fueron aplicados por una fisioterapeuta entrenada en el diligenciamiento de este tipo de instrumentos, quien no intervino en el proceso de rehabilitación, ni direcciono las respuestas de los participantes.

La aplicación de las anteriores mediciones no generó costos adicionales, debido a que están incluidas en la evaluación inicial de los pacientes, además no representan riesgo ni para los evaluadores, ni para los usuarios.

5.4.5 Control de calidad y almacenamiento de los datos

Para los procesos de recolección de información se diseñaron manuales operativos estandarizados que permitieron tener un mayor control sobre las actividades del proyecto. Se realizó control de calidad de la información recolectada, verificando la veracidad de los datos y el correcto diligenciamiento de formatos. En caso de inconsistencias o datos incompletos, los cuestionarios fueron completados o corregidos utilizando las fuentes de información. El almacenamiento de la información se realizó en bases de datos diseñadas en Epi-info 2000. Las bases de datos fueron exportadas a Stata 9.0 ® para su análisis.

5.5 Análisis de resultados

Se hizo un análisis descriptivo de los datos, lo que permitió determinar las características sociodemográficas de los pacientes que sufrieron lesión intencional y accidente de tránsito que realizaron su programa de

rehabilitación en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle. Posteriormente, a partir de las diferencias encontradas entre la evaluación funcional inicial y final, se determinó el grado de recuperación y el nivel de cambio percibido en la calidad de vida de éstos pacientes, el análisis de los datos de auto percepción del paciente sobre su calidad de vida antes y después de asistir al programa de rehabilitación permitió evaluar la eficacia del programa.

Se realizó conjuntamente el análisis de los resultados de las variables de evaluación funcional (Índice de Barthel) y la calidad de vida (SF-36), las variables de caracterización como género, escolaridad, estrato socioeconómico, etc. Para las variables cualitativas en escala nominal u ordinal se construyeron frecuencias absolutas y relativas; y para las variables en escala de intervalo y razón se construyeron medidas de tendencia central y variabilidad. Se realizaron cruces de variables y pruebas para determinar las diferencias estadísticamente significativas entre los datos de la evaluación funcional y de calidad de vida medidos al inicio y fin del Programa. Los resultados se presentan utilizando tablas, y gráficos comparativos.

Se utilizaron como instrumentos de evaluación para evaluar la eficacia del programa:

- Cuestionario de calidad de vida SF-36v2® Health Survey.
- Evaluación de la funcionalidad Índice de Barthel.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El desarrollo del estudio se guió por las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki y la Resolución No. 008430 del Ministerio de Salud de Colombia. Se garantiza la confidencialidad de la información obtenida a partir de las historias clínicas y de las encuestas. Además, se diligenció, por parte de los terapeutas que participaron en el estudio, el formato de consentimiento informado antes de realizar la evaluación inicial, a cada uno de los pacientes que aceptaron participar voluntariamente en el estudio.

Para garantizar la confidencialidad, en los formatos de recolección de información se utilizaron desprendibles en los instrumentos donde se diligenciarán los datos personales mínimos: nombre, dirección y teléfono. No se almacenaron estos datos personales en archivos computarizados. Los desprendibles fueron destruidos cuando se estableció que los instrumentos estaban correctamente diligenciados.

La realización del estudio representó riesgo mínimo para los participantes, porque aunque la realización de las mediciones no implicó procedimientos de intervención invasivos en el paciente o usuario, pudo existir la posibilidad de infringir la confidencialidad de la información.

7. RESULTADOS

La recolección de información se llevo a cabo entre los meses de febrero a noviembre del 2011, inicialmente el tamaño de muestra calculada para este estudio fue de 130 pacientes, sin embargo se incluyeron 102 pacientes debido a que 28 pacientes desertaron del tratamiento por lo cual no se pudo realizar seguimiento y evaluación final.

Tabla 6 Características generales de la población incluida en el estudio

Características generales				
			102	
VARIABLES RELACIONADAS CON EL PACIENTE				
Edad	Media	Mediana	Min-Max	Ds
	33	30	18-77	13.14
Sexo			N	%
Hombre			86	84
Mujer			16	16
Estado civil				
Soltero(a)			53	52
Casado(a) o en unión libre			45	44
Separado(a) o divorciado(a)			3	3
Viudo(a)			1	1
Escolaridad				
Ninguna			1	1
Primaria			18	17.6
Secundaria			77	75.5
Técnica			1	1
Universitaria			5	4.9
Estrato Socioeconómico				

Uno	39	38
Dos	35	34
Tres	24	24
Cuatro	2	2
Cinco	2	2
Procedencia		
Cali	80	78.4
Valle sin Cali	11	10.8
Otros departamentos	11	10.8
Tipo de aseguramiento		
Subsidiado	38	37.3
Pobre sin capacidad de pago	17	16.6
SOAT-ECAT	46	45.1
Otro	1	1

VARIABLES RELACIONADAS CON LA CONDICIÓN DE SALUD		
DIAGNÓSTICOS	Frec.	%
Trauma Craneoencefálico	7	6.9
Trauma de cara y cuello	3	2.9
Trauma de Miembro Inferior	30	29.4
Trauma de Miembro superior	53	52
Trauma Raquimedular	9	8.8

En este estudio participaron 102 personas con diagnósticos relacionados con trauma de cara y cuello, trauma raquimedular, trauma craneoencefálico, trauma de miembros superiores y miembros inferiores, de los cuales el 84% pertenecen al género masculino y 16% al género femenino, cuyos rangos de edad oscilaron entre 18 y 77 años , con un promedio de edad de 33 años el 75% de los pacientes tienen 39 años o menos,de esta población el 52% de los pacientes son solteros y el 44% casados o viven en unión libre, el 72% pertenecen a los estratos socioeconómicos 1 y 2 ,y el 66.4% participan en alguna actividad laboral o educativa. El 2% del total de los pacientes afirma encontrarse en situación de desplazamiento

El grupo familiar del 74% de los pacientes está conformado por hijos, padres, hermanos y otros, el 19% vive con su compañero/esposo; un 5% vive con amigos, y el 2% vive solo.

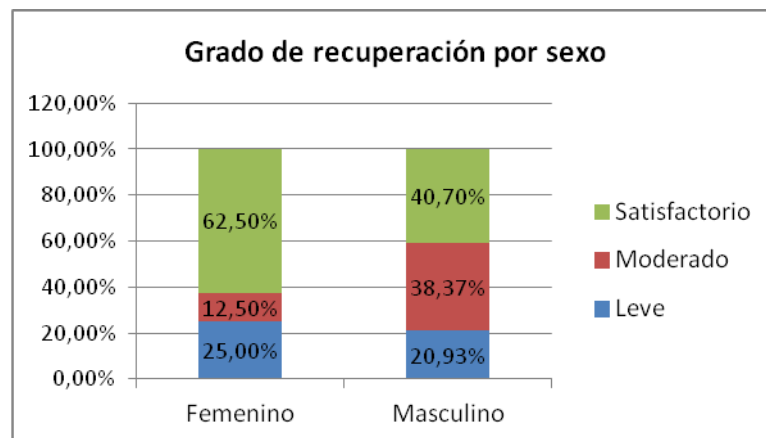
Al clasificar los pacientes por el nivel educativo un 1% de los pacientes no ha recibido educación; un 17,6% tiene educación primaria; el 75,5% secundaria; un 1% técnico; y solo un 4,9% tiene como máximo nivel educativo el universitario.

Los pacientes en su mayoría proceden de la ciudad de Cali con un 78.4%, en menor proporción proceden de otros municipios del Valle y de otros departamentos con (10.8%) respectivamente.

El 50% de la población se desempeñan como trabajadores de los servicios y vendedores, el 19% operarios oficiales, artesanos y trabajadores de la industria.

El 45,1% de los pacientes pertenecen al SOAT, 37,3% al régimen subsidiado, 16,6% son pobres sin capacidad de pago, y solo un 1% tiene otro tipo de aseguramiento.

- Variables relacionadas con la intervención

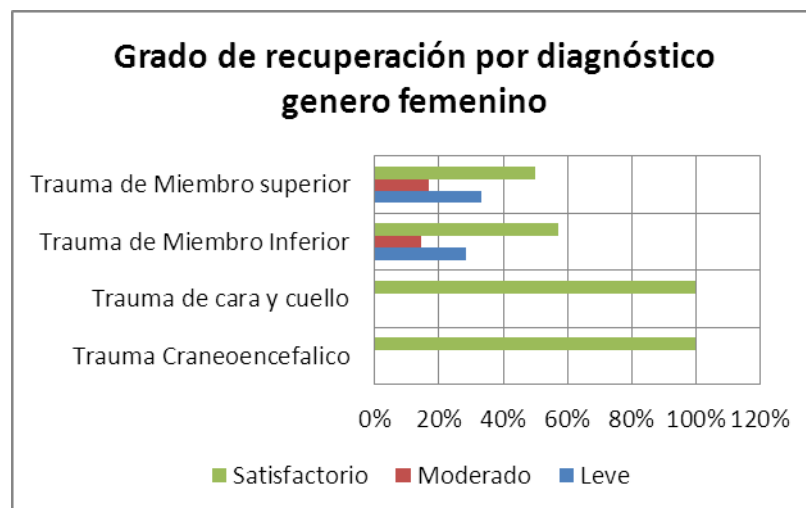


Gráfica 5 Grado de recuperación por sexo

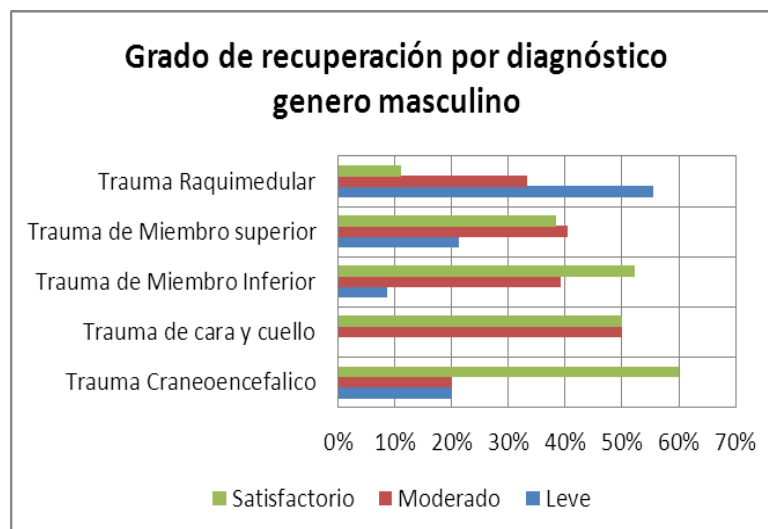
En cuanto al grado de recuperación por género, se evidencia que las mujeres perciben como más satisfactoria (62.5%) su recuperación que los hombres (40.7%). El 12.5% de las mujeres calificaron su recuperación como

moderada y el 25% como leve. El 38.37% de los hombres calificaron su recuperación como moderada y el 20.93% como leve

Con respecto al grado de recuperación de acuerdo al tiempo de inicio del tratamiento se observa una tendencia a aumentar la recuperación moderada y leve, y a disminuir la satisfactoria a medida que se aumenta el tiempo de inicio de tratamiento.



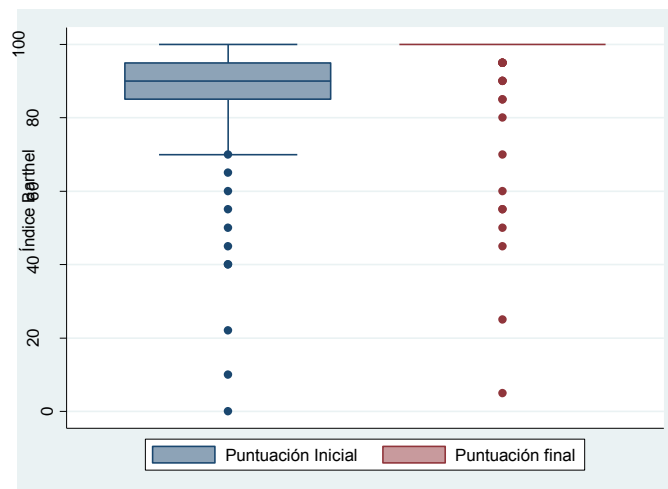
Gráfica 6 Grado de recuperación por diagnóstico género femenino



Gráfica 7 Grado de recuperación por diagnóstico género masculino

En todos los rangos de edad predominó el grado de recuperación satisfactorio, observando la mayor concentración de la población en los menores de 30 años. En los tres grupos de edad se observó que el diagnóstico más frecuente fue el trauma de miembro superior, con mayor número de casos (32) en los menores de 30 años. De acuerdo a los diagnósticos se observó que los accidentes de tránsito generaron un mayor porcentaje de trauma cara y cuello y las lesiones por agresión trauma de miembro superior.

- Nivel de funcionalidad e independencia en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (AVD). Índice de Barthel.



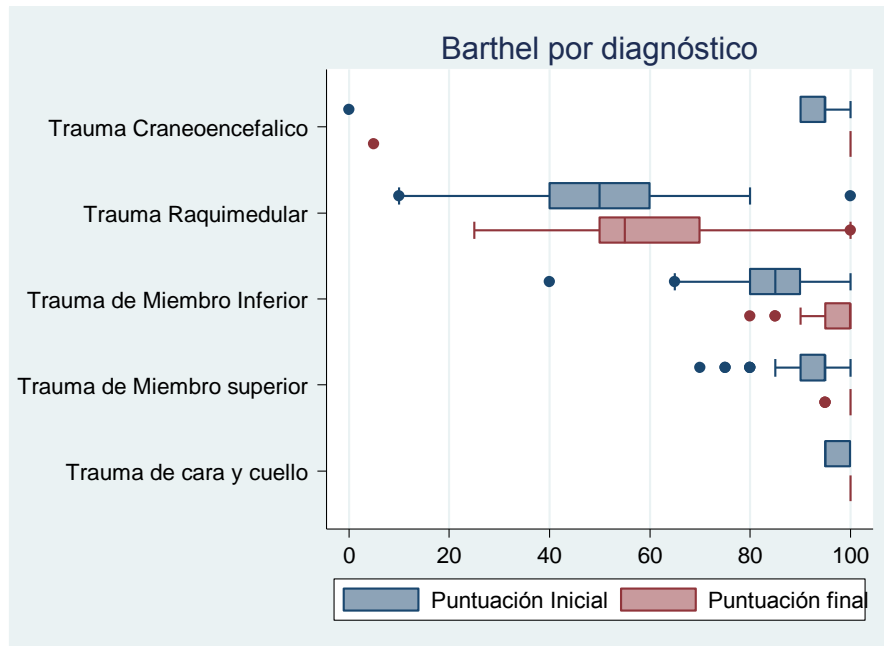
Gráfica 8 Descripción Barthel inicial y final

Al iniciar el tratamiento las puntuaciones del Índice de Barthel oscilaron entre 0 y 100 puntos, con un promedio de 85 y una mediana de 90. Las puntuaciones finales estuvieron entre 5 y 100 puntos con un promedio de 94,7 y una mediana de 100. El impacto positivo del tratamiento sobre la recuperación se evidencia, al observar que al inicio sólo 13 de los 102 pacientes presentaron una puntuación de cien, mientras que al final del tratamiento 82 de los 102 pacientes obtuvieron una puntuación de cien puntos. Es importante anotar que sólo 16 de los 102 pacientes, lo que equivale al 15,7%, obtuvieron al final del tratamiento la misma puntuación que al inicio, mientras que el 84,3% obtuvo una puntuación mayor al final del tratamiento. En el gráfico se puede observar la reducción de la variabilidad de los datos en la puntuación final con respecto a la inicial, así como el desplazamiento del valor mínimo. Existe una diferencia estadísticamente significativa entre los resultados del barthel inicial y el final con un $p < 0,0001$.

Prueba de Wilcoxon de los rangos signados para Diferencia Barthel Inicial y final:	
Esperanza	2558,500
Varianza (V)	87655,750
p-valor (bilateral)	< 0,0001
alfa	0,05

H0: La distribución de las dos muestras es la misma.
Ha: Las distribuciones de las dos muestras son diferentes.

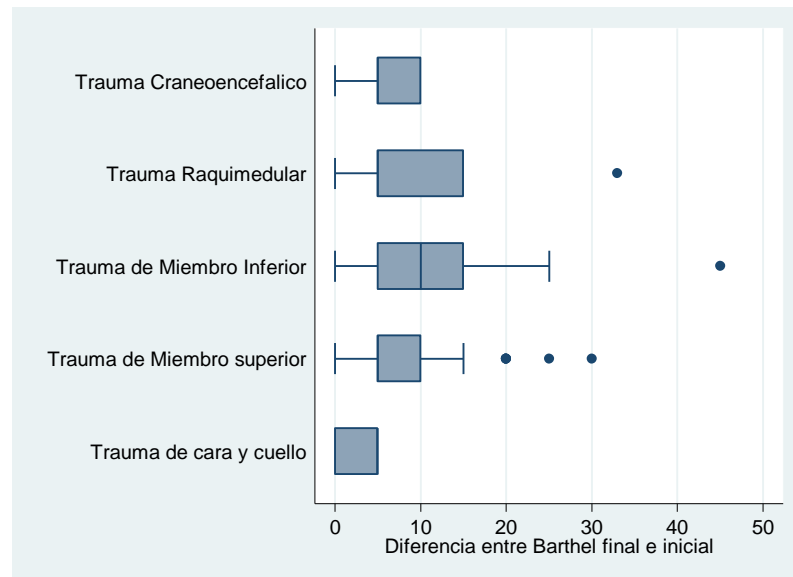
Tabla 7. Prueba de Wilcoxon de los rangos asignados para diferencia Barthel inicial y final:



Gráfica 9 Descripción escala Barthel por diagnóstico

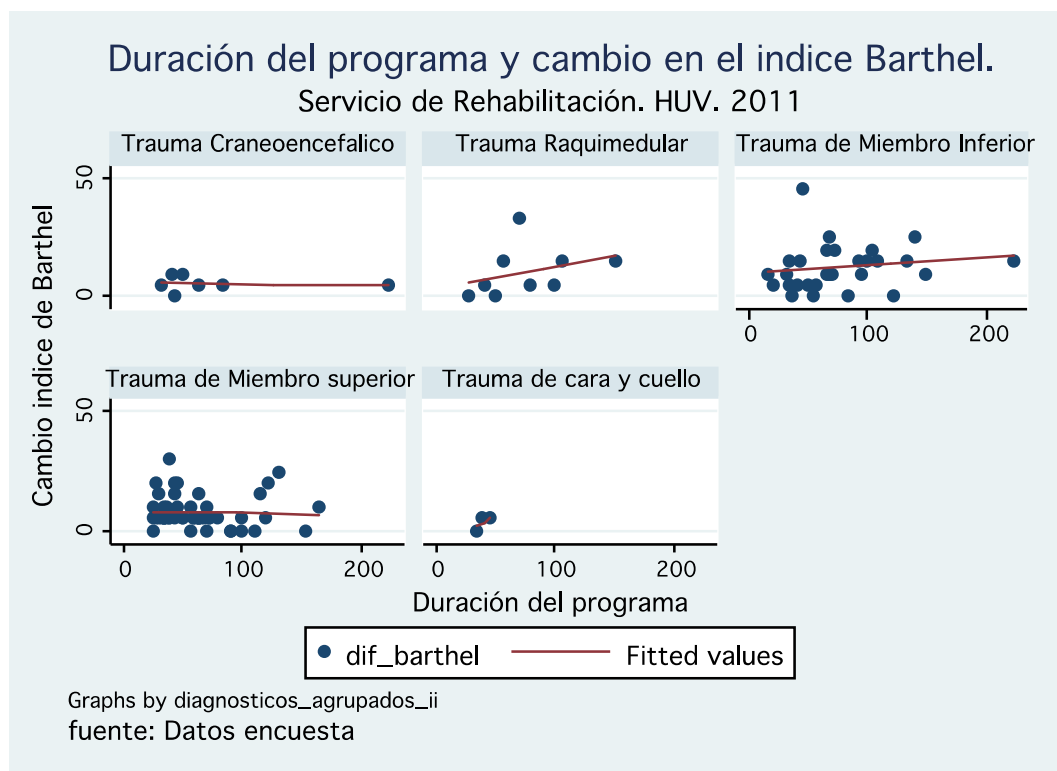
En el gráfico 9 se observa que existe mayor variación en las puntuaciones tanto al inicio como al final en los pacientes con diagnóstico de trauma raquimedular y trauma craneoencefálico, en ambos casos se observa una mayor proporción de pacientes que logran una puntuación final más alta.

El gráfico permite ratificar que todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico obtuvieron un puntaje final mayor o igual al inicial, ninguno presentó un puntaje menor al finalizar el tratamiento.



Gráfica 10. Descripción diferencia entre el Barthel inicial y final

Teniendo en cuenta que el puntaje de mejoría mínimo en el índice de Barthel es cinco, resulta importante analizar la distribución de la diferencia para cada diagnóstico. En el gráfico anterior se observa que los pacientes con trauma craneoencefálico obtuvieron un incremento en su medida de funcionalidad al finalizar el tratamiento de hasta 10 puntos; los de trauma raquimedular obtuvieron hasta 35 puntos de diferencia; los de trauma de miembro inferior 45; y los de trauma de cara y cuello obtuvieron los menores incrementos con diferencias entre cero y cinco. Sin embargo esto últimos tenían una mejor medida de independencia inicial.



Gráfica 11 Descripción de la duración del programa y cambio en la puntuación del Índice de Barthel

En cuanto a la relación entre la variación en la calificación del barthel respecto a la duración del programa se encontró que no hay relación entre la duración del programa y el logro de mayor o menor funcionalidad. En los pacientes con diagnóstico de trauma raquimedular se observa mayor variación a mayor tiempo de duración de la intervención.

Se logró determinar que la única de las características sociodemográficas que tienen un efecto sobre la diferencia obtenida entre el barthel inicial y final es la edad. Igualmente, se pudo establecer que las personas de 30 años o menos obtuvieron mayores diferencias entre el barthel inicial y final que los mayores de 41 años (p-valor: 0,032).

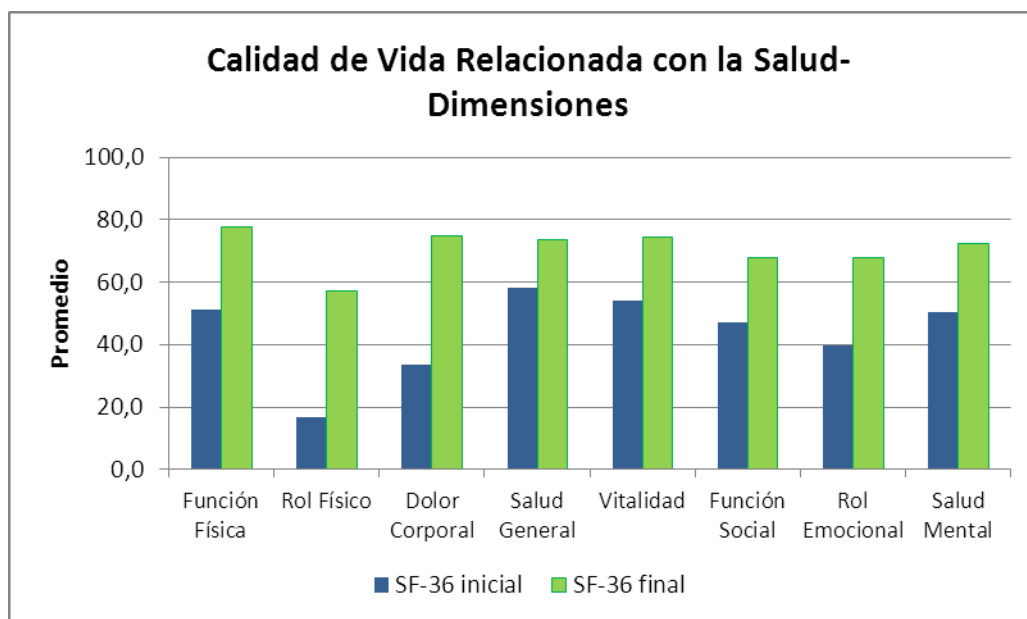
- Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS)

Teniendo en cuenta que el SF -36 comprende 36 ítems que se agrupan en 8 dimensiones:

Función física(FF), Rol físico (RF), Dolor corporal (DC), Salud general (SG), Vitalidad (VT), Función social (FS), Rol emocional (RE) y Salud mental (SM), incluye un ítem de transición que evalúa el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior, que no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del SF-36.

Adicionalmente para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). Además el cuestionario permite el cálculo de 2 puntuaciones sumario, el componente de salud física (CSF) agrupa las puntuaciones del FF, RF, DC, SG y el componente de salud mental (CSM) las puntuaciones de VT, FS, RE, y SM combinando las puntuaciones de cada dimensión.

- Estadística descriptiva de las dimensiones



Gráfica 12. Calidad de vida relaciona con la salud por dimensiones Inicial y final

	Función Física	Rol Físico	Dolor Corporal	Salud General	Vitalidad	Función Social	Rol Emocional	Salud Mental
SF-36 inicial	51.0 (26.3)	16.9 (17,4)	33.5 (25.9)	58.4 (15.9)	53.9 (21.0)	47.2 (20.4)	39.8 (25.3)	50.5 (21.4)
SF-36	77.5	57.3	75.0	73.7	74.3	68.0	67.9	72.2

final	(24.6)	(23.8)	(20.3)	(19.5)	(16.8)	(20.3)	(21.6)	(17.6)
-------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	--------

Tabla 8. Calidad de vida relaciona con la salud por dimensiones Inicial y final

En este estudio se aplicaron 204 cuestionarios de calidad de vida SF-36v2®, correspondientes a la evaluación inicial y final de los 102 pacientes, se analizaron todos los cuestionarios que presentaron adecuado diligenciamiento, cada pregunta analizada tuvo un 100% de respuestas contestadas.

Se realizaron pruebas de hipótesis para determinar si existe diferencia estadísticamente significativa entre las puntuaciones obtenidas en cada dimensión de la calidad de vida antes y después de participar en el programa.

Los resultados mostraron que en todas las dimensiones de calidad de vida los promedios fueron mayores en la evaluación realizada al final del programa, estas diferencias resultaron estadísticamente significativas en todos los casos ($p < 0.0005$).

La media de las escalas del SF-36 se observan en el gráfico 12, al realizar el análisis por dimensión se evidencia en el test inicial, un rango de 16,9 correspondiente al rol físico (RF) y 58,4 a salud general (SG) y en el test final un rango de 57,2 correspondiente al rol físico (RF) y 77,5 a función física (FF).

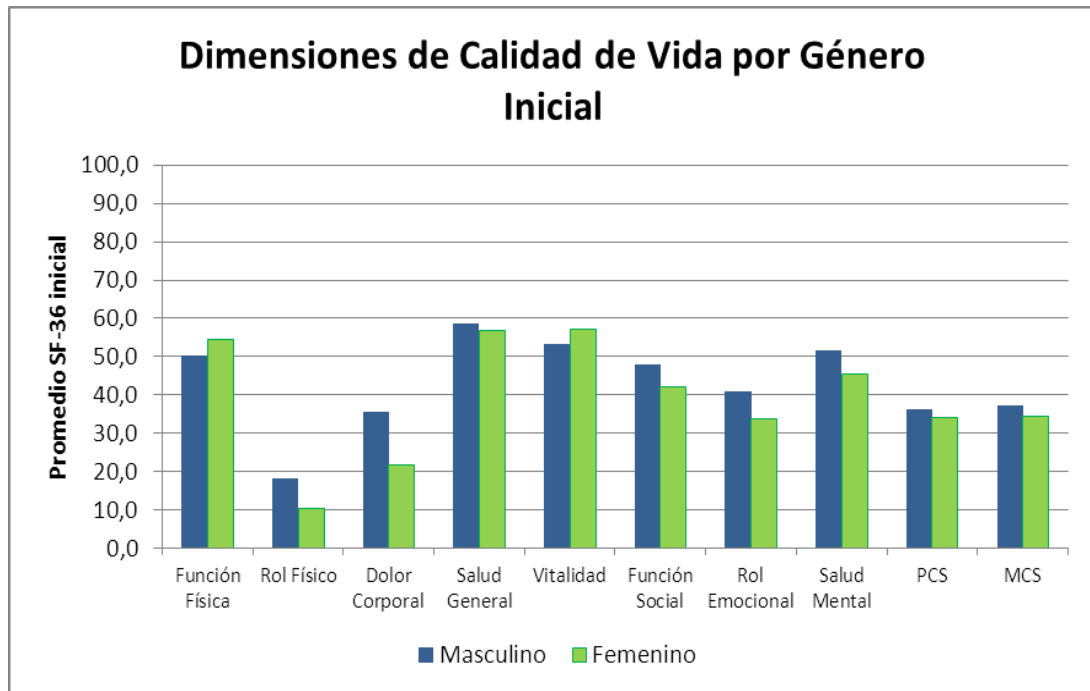
Los pacientes percibieron el Rol Físico como la dimensión peor calificada en la evaluación inicial, atribuyendo la mayor calificación a la salud general. En cuanto a la evaluación final los pacientes continuaron percibiendo el rol físico como la dimensión más afectada y otorgaron mayor calificación a la función física.

Las dimensiones que presentaron mayor variación entre la evaluación inicial y final fueron el dolor corporal (DC) con 41,5 y el rol físico (RF) con 40,4; y las que presentaron menor variación fueron la salud general (SG) con 15,3 y la vitalidad (VT) y función social (FS) con 20,3 y 20,8 respectivamente.

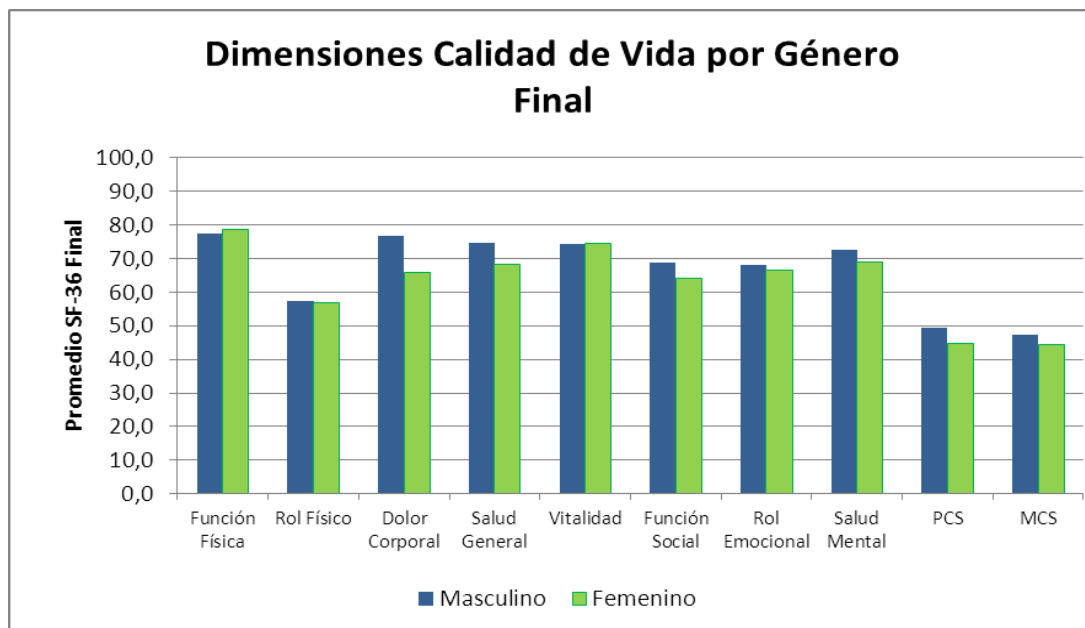
Con relación a las dimensiones rol emocional (RE) y salud mental (SM), observamos que en la evaluación inicial se calificaron con 39,8 y 50,5 respectivamente y en la evaluación final se calificaron con 67,9 y 72,2 respectivamente, esto evidencia que los pacientes atribuyeron mayor impacto en la calidad de vida a los factores físicos que a los mentales.

En general las calificaciones en la evaluación final al tener un promedio de 57 puntos, es decir, mayor de 50 puntos que indica el valor a partir del cual

se percibe un buen estado de salud, tal y como lo sugieren estudios recientes ⁵³. Además, al analizar los cuantiles se observa que más del 50% de los individuos percibieron como mejor su estado de salud después de la intervención de acuerdo a la escala de valoración, donde 0 es el peor estado de salud y 100 el mejor estado de salud.



Gráfica 13 Dimensiones de Calidad de Vida por Género Inicial



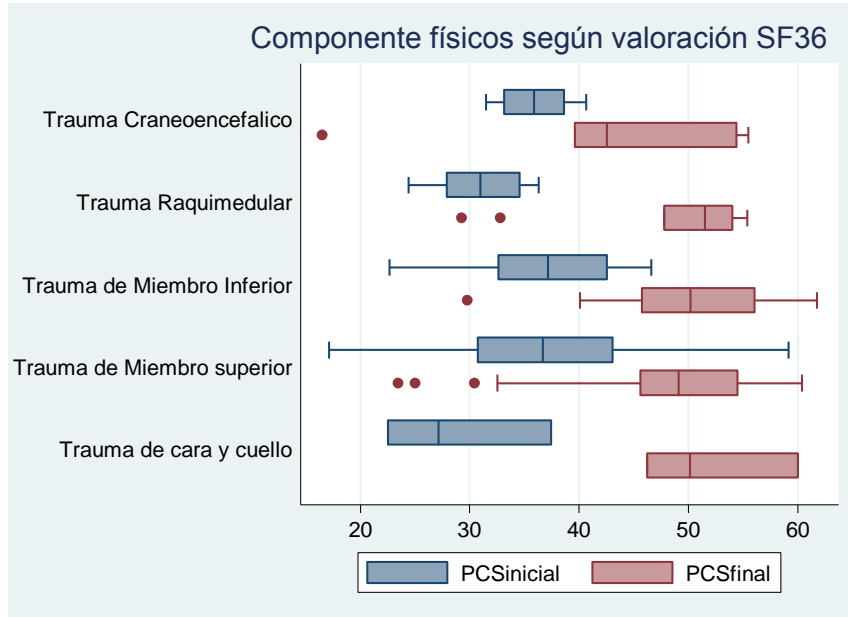
Gráfica 14 Dimensiones Calidad de Vida por Género Final

En el gráfico 14, se observa que en la evaluación inicial las mujeres dieron mayor calificación a la dimensión vitalidad (VT) con 57,0 y menor calificación a dolor corporal (DC) con 21,7. En la evaluación final el más alto valor fue para la función física (FF) con 78,7 y el más bajo para el rol físico (RF) con 57,0.

Los hombres que participaron en el estudio dieron en la evaluación inicial, el puntaje más alto a la salud general (SG) con 58,6 y el puntaje mas bajo la rol físico (RF) con 18,1. En la evaluación final el más alto valor fue para la función física (FF) con 77,3 y el más bajo para el rol físico (RF) con 57,3, mostrando un comportamiento similar al de las mujeres en la evaluación final.

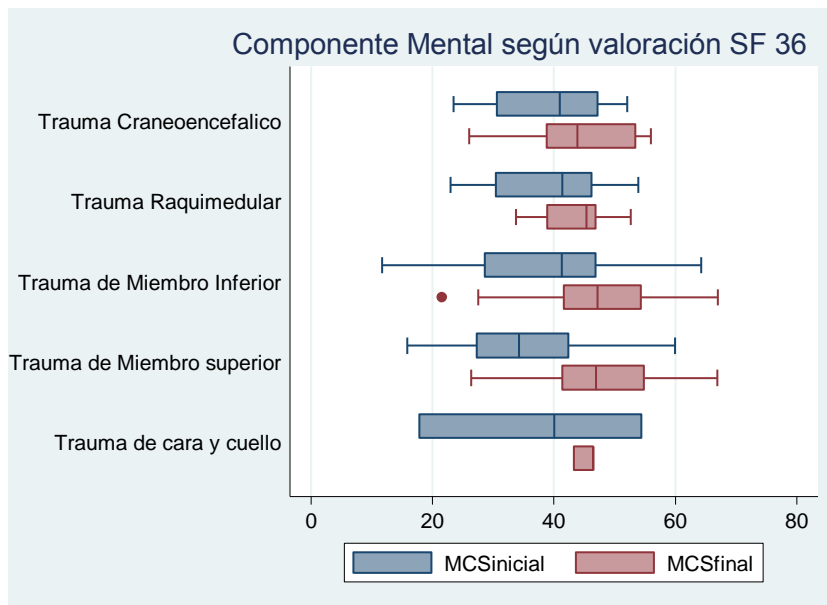
➤ Análisis de los componentes

Gráfico descripción del componente físico según valoración de SF-36



Gráfica 15 Gráfico descripción del componente físico según valoración de SF-36

El CSF en la medición inicial obtuvo valores entre 17 y 59, con una puntuación promedio de 36 y desviación típica de 7,6 puntos. Al realizar la medición al final del programa se encontró que la CSF obtuvo un valor promedio de 49 puntos. Para determinar si este aumento del CSF es estadísticamente significativo, se realizó una prueba formal de diferencia de medias, la cual al arrojar un $p\text{-valor} < 0.0005$ indica que las diferencias entre el CSF inicial y el final son significativas a un nivel alfa de 0.05.



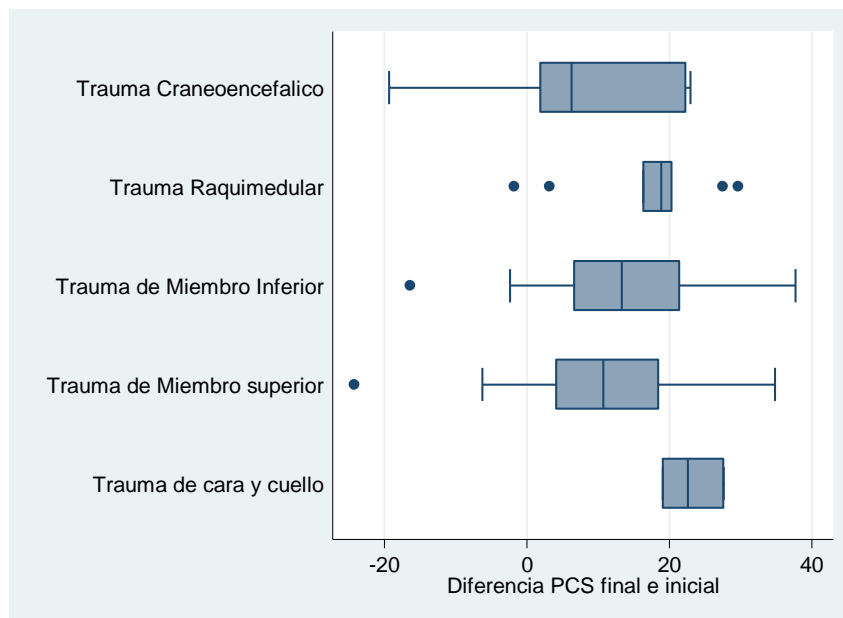
Gráfica 16 Componente según valoración SF 36

Para el componente de salud mental la media inicial fue de 36,7 con una desviación estándar de 11,43 y la final fué de 46,8 con una desviación estándar de 9,05.

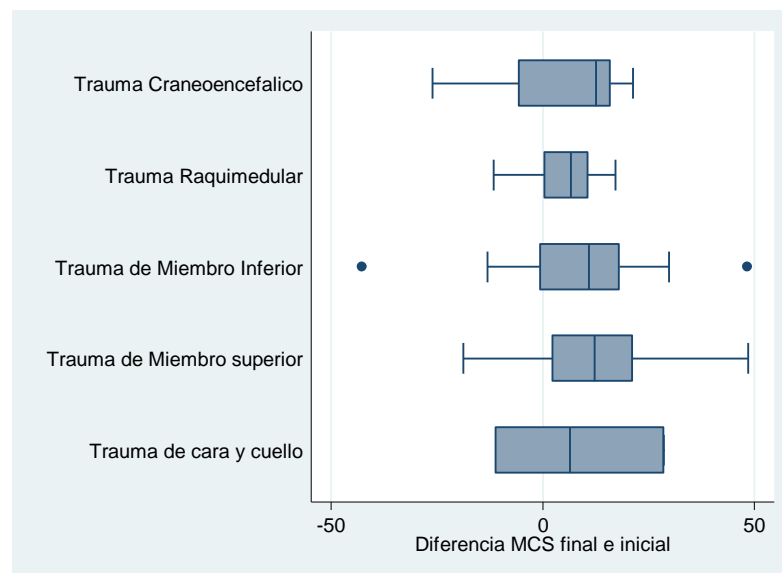
De igual manera se realizó una prueba de comparación de medias para determinar si las diferencias encontradas entre los valores promedio de la CSM al inicio y final del programa son estadísticamente significativas. El $p < 0.0005$ indica que las diferencias entre el CSM inicial y el final son estadísticamente significativas.

Al analizar las medidas resumen de estado de salud: componente de salud física(CSF) y componente de salud mental(CSM) se evidenció que para el componente de salud física la media inicial fue de 36,0 con una desviación estándar de 7,56 y la final fue de 48,7 con una desviación estándar de 8,47.

Al comparar la información obtenida en la medición del componente de salud física (CSF) Y el componente de salud mental (CSM) observamos que no hay una relación directa entre los mejores o peores puntajes con la edad, escolaridad, ocupación, diagnóstico y tipo de vinculación al sistema general de seguridad social.



Gráfica 17 Diferencia PCS Final e Inicial



Gráfica 18 Diferencia MCS final e Inicial

Al observar la variación de los componentes mental y físico del SF- .6 observamos que hay percepción de una mejor calidad de vida relacionada con la salud en el componente físico que en el mental después de la intervención. Al revisar el comportamiento de cada caso como su propio control encontramos que algunos de los pacientes percibieron que su calidad de vida relacionada con la salud empeoró esto podría tener relación con una mayor severidad de la lesión o con una mayor presencia de barreras en el entorno, que limitan su participación social.

Análisis de la Transición de salud (TS)

Al inicio del programa el 58,8% de los pacientes expresó que se sentía algo peor que el año anterior, mientras sólo un 1% de ellos dijo estar mucho mejor que el año anterior. Al realizar la misma pregunta al final el 12,7% de los pacientes afirmó sentirse mucho mejor que un año antes.

Transición de Salud Inicial	Inicial		Final	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%
1. Mucho mejor ahora que hace un año	1	1,0%	13	12,7%
2. Algo mejor ahora que hace un año	3	2,9%	36	35,3%
3. Mas o menos igual que hace un año	15	14,7%	27	26,5%
4. Algo peor ahora que hace un año	60	58,8%	23	22,5%
5. Mucho peor ahora que hace un año	23	22,5%	3	2,9%
Total general	102	100,0%	102	100,0%

Tabla 9 Transición de salud

Prueba de McNemar para diferencia de proporciones HT	
C	10,286
z (Valor observado)	3,207
z (Valor crítico)	2,138
p-valor (bilateral)	0,002
Alfa	0,05

Tabla 10 Prueba de McNemar para diferencia de proporciones HT

Como se menciono anteriormente este ítem, que no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo, a realizarse la evaluación.

En el total de la muestra final, el 35,3 % declaró que su salud respecto al año anterior estaba “algo mejor”; un 12,7% la consideró “mucho mejor”. Un 26,5% consideró su salud igual que hace un año, lo que podría ser positivo teniendo en cuenta que los pacientes perciben una salud igual a la que tenían antes de sufrir la lesión.

Para determinar existe diferencia entre la proporción de pacientes que se sienten mejor antes y después del programa se realiza una prueba formal que mostró significancia en la diferencia entre proporciones ($p\text{-valor} < 0.002$).

8. ANALISIS Y DISCUSIÓN

En esta investigación se evaluó la eficacia del programa de rehabilitación del Hospital Universitario del Valle en términos de calidad de vida y funcionalidad para los pacientes con discapacidad por secuelas de lesión intencional y accidente de tránsito. La población estudiada está conformada en su mayoría por personas jóvenes lo que puede indicar que los hombres, solteros, menores de 30 años, pertenecientes a los estratos socioeconómicos 1 y 2 están más expuestos a sufrir lesiones por violencia, siendo las lesiones intencionales en su mayoría los eventos desencadenantes.

La situación de violencia en la ciudad de Cali, y en el Valle ha llevado a que el Hospital Universitario del Valle desarrolle estrategias de atención en trauma para la población que ha sufrido lesión intencional y/o accidente de tránsito. Teniendo en cuenta que ésta población generalmente presenta secuelas que generan discapacidad la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación ha venido también fortaleciendo sus intervenciones, pasando de un modelo médico de atención a un modelo biopsicosocial en el cual confluyen los componentes terapéutico, psicosocial y educativo, teniendo como eje transversal el autocuidado. De igual manera debe desarrollar modelos de evaluación de las intervenciones que permitan medir su impacto previa definición de variables de medición que reflejen el logro de resultados.

Ante el impacto que las condiciones de salud tienen sobre la calidad de vida de las personas, es de suma importancia evaluar el estado funcional de cada paciente ante el riesgo de discapacidad. El índice de Barthel (IB) ampliamente utilizado en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar las

actividades de la vida diaria básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Este índice ha sido manejado como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de los profesionales de la salud y como referencia para estudiar las características de nuevas medidas ⁵¹, ⁵². Con relación a los hallazgos encontrados en este estudio se observa una variación en la evaluación funcional antes y después del tratamiento con una diferencia estadísticamente significativa, lo que permite concluir que su aplicación de bajo costo es útil para dar seguimiento a la evolución de los pacientes, lo cual ha sido ampliamente referenciado por diversos autores⁵³.

En cuanto a los hallazgos encontrados en la evaluación de la calidad de vida posterior a la intervención, se encontró en esta población a nivel general de acuerdo a las diferentes dimensiones que conforman el cuestionario SF-36v2® una calidad de vida favorable.

Respecto a los componentes físicos y mentales, los pacientes tuvieron una buena evaluación en la calidad de vida al final del tratamiento, destacándose la función física, el dolor corporal y la salud general con los más altos promedios a diferencia del rol físico, que obtuvo la calificación mas baja de las dimensiones evaluadas. Indicando así que las acciones relacionadas con la limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos se encuentran menos afectadas; mientras que las relacionadas con el grado en que la salud física interfiere en el trabajo, otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades fue la más afectada.

Lo anterior evidencia que los pacientes atendidos en la unidad presentan mejores resultados en la función que en la participación, lo cual se relaciona con el énfasis en el componente terapéutico que hasta el momento tienen las intervenciones y refleja la necesidad de fortalecer el componente psicosocial.

Es de resaltar que la gran mayoría de los pacientes reportaron estar realizando alguna actividad ya sea laboral, educativa o en el hogar lo cual sugiere participación social; de igual manera refirieron vivir con su pareja, familia o amigos lo que les permite posiblemente tener un mayor apoyo que se traduce en un facilitador para el logro de objetivos de los procesos de rehabilitación en los cuales participan. Otros estudios han demostrado que la participación social y el apoyo por parte de la familia y amigos pueden ser determinantes de un buen funcionamiento social, una buena percepción del estado de salud y de la calidad de vida⁵⁴.

Los puntajes promedio de las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud por grupo étnico, mostraron variabilidad sin tendencias específicas que no evidencia relación entre puntajes altos o bajos, con menor o mayor edad de la población, lo que coincide con el estudio de Vilagut⁵⁵ y difiere a lo encontrado por Lugo LH y col⁵⁶ quienes observaron una tendencia decreciente de los puntajes según los grupos de edad en donde las personas más jóvenes entre 18 y 34 años otorgaban puntajes más altos, y los mayores de 64 años puntajes menores. Según la escolaridad, las puntuaciones de las dimensiones de quienes habían cursado estudios técnicos fueron mayores que las de los otros grupos, sin embargo no existió una tendencia creciente a mejores puntuaciones de calidad de vida según la escolaridad, lo que coincide con lo expresado por Lugo L⁴² y Kerstin S, et al⁵⁷.

Varios estudios han reportado que el género femenino es un factor asociado con discapacidad física y psicológica, depresión e inadecuados resultados

funcionales, posteriores a un trauma^{58, 59, 60}, sin embargo en nuestros datos el género no fue un factor predictor para bajas calificaciones⁶¹, aunque se observa que las calificaciones de las mujeres fueron mas bajas que las de los hombres, excepto en función física y vitalidad, con un menor participación de mujeres que de hombres en la población evaluada, igual a lo mencionado por Vilagut⁵¹.

En este estudio se observa la capacidad del instrumento de discriminar entre las dimensiones de salud afectadas con relación a los grupos diagnósticos, así por ejemplo, las dimensiones de función física y rol físico, tuvieron puntuaciones más bajas en el grupo de los pacientes con trauma craneoencefálico. En la dimensión de salud mental las calificaciones más bajas las presentaron los pacientes con trauma raquimedular, sin embargo, no hay variabilidad significativa en los datos obtenidos al relacionar los componentes con los diagnósticos, lo anterior es similar a lo encontrado por Vilagut⁵¹.

La comparación de los resultados de la evaluación de calidad de vida antes y después de la intervención, mostró diferencias estadísticamente significativas en todas las dimensiones, éste hallazgo difiere de otros estudios en donde predomina la significancia en función física, rol físico, dolor corporal, salud general y vitalidad.

Otro componente importante en la medición de la eficacia del programa de rehabilitación la calidad de vida determinada en este estudio por el cuestionario SF-36v2®, los resultados encontrados muestran que hay una evidencia significativa en el cambio de la percepción de salud que tienen los usuarios del programa de rehabilitación, este cambio como indicador de resultado, refleja como ellos valoran y se benefician de la intervención, en la medida en que satisfacen sus necesidades inmediatas, como lo expresa Henao CP⁶².

Respecto a la evaluación de programas, Schalock plantea que el trabajo de los profesionales y los servicios es centrarse en el mejoramiento de la calidad de vida real o percibida de los beneficiarios directos: la persona, su familia, la comunidad⁶³. El objetivo es que se pongan en práctica aquellas técnicas que sean más eficaces y pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida percibida de las personas, de esta forma, los programas se deberán ajustar constantemente en relación a los resultados obtenidos y percibidos por ellas. Bajo este planteamiento, dentro de la estructura de los programas se integran al mismo tiempo objetivos y procesos de actuación, así como principios y procedimientos de control de calidad que aseguren que la mejoría de la calidad de vida de las personas sea tanto un proceso como un resultado⁵⁶. Los datos obtenidos en este estudio a partir de la medición de calidad de vida, permiten evaluar la intervención en rehabilitación, no solo con indicadores de proceso (oportunidad, productividad, satisfacción del usuario, calidad de la historia clínica, eventos adversos) sino con indicadores de impacto como resultado.

Pain⁶⁴ ya había considerado este tema, al afirmar el acuerdo general existente respecto a que la evaluación de los programas de rehabilitación debía incluir medidas de calidad de vida. Su medida proporciona evidencia útil para la toma de decisiones en cuanto al impacto que las acciones y los programas tienen sobre las personas en términos de respuesta y satisfacción de sus necesidades tanto desde el punto de vista de salud, como de bienestar psicológico y social. Esta información determina en cierta medida la utilidad, la pertinencia y la efectividad de los programas, brindando elementos además para la toma de decisiones en política pública y servicios de apoyo⁶⁵.

Teniendo en cuenta que el hallazgo de reportes de investigación que presentan modelos de evaluación para determinar impacto de intervenciones

en rehabilitación es limitado, consideramos que ésta investigación es un aporte para la toma de decisiones en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, en la medida en que proporciona nuevas herramientas para determinar el alcance de las intervenciones.

Se propone un modelo de evaluación para determinar la eficacia del programa de rehabilitación de la Unidad de Medicina Física, que enfatiza en la medición de los resultados finales usando variables que reflejan los logros en cuanto a funcionalidad y calidad de vida. Los resultados de la evaluación son un insumo importante para que los tomadores de decisiones gestionen y direccionen recursos que permitan la creación de nuevos programas y el fortalecimiento de los existentes.

La eficacia de un programa de rehabilitación evaluada en términos de funcionalidad y calidad de vida, en una población víctima de la violencia, permite orientar la planeación, la ejecución, el monitoreo y seguimiento de la intervención terapéutica dando respuesta a necesidades particulares de la población con discapacidad o en riesgo de adquirirla.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La intención de éste trabajo ha sido, fundamentalmente, realizar la evaluación de la eficacia del programa de rehabilitación de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Universitario del Valle, utilizando como indicadores la funcionalidad y la calidad de vida.

Se logró determinar que la intervención es eficaz, en cuanto se observa que los pacientes que asistieron al programa presentaron variación hacia una mayor funcionalidad y mejor percepción de su calidad de vida relacionada con la salud.

La calidad de vida y la funcionalidad se constituyen en herramientas que permiten realizar valoraciones objetivas de cómo las personas con discapacidad perciben los programas y servicios que se ofertan. Adicionalmente, la implementación de estas herramientas facilita a los profesionales de la rehabilitación trascender el uso de test y medidas como fuerza muscular, arcos de movilidad articular y dolor para evaluar el alcance del tratamiento.

De igual forma se sugiere, en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, el uso de instrumentos estandarizados que permitan cuantificar el resultado de las intervenciones, determinar en qué medida logran impactar en la condición de discapacidad y direccionar la toma de decisiones con relación a la definición de objetivos, actividades, uso, utilización de servicios, gestión y distribución de recursos.

Una dificultad en la implementación de este modelo de evaluación, en la

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación podría ser la limitación de tiempo por parte de los terapeutas para la aplicación del cuestionario de calidad de vida. Se plantea la posibilidad de utilizar un instrumento resumido que dinamice el proceso.

La gran variedad de diagnósticos y la falta de clasificación de los pacientes según la severidad de las lesiones, son factores que pueden influir en los resultados de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud, representando una debilidad del estudio. Para futuras investigaciones se sugiere trabajar con poblaciones con mayor homogeneidad en los diagnósticos para evitar sesgos de selección. De ésta manera los resultados posibilitarán generar acciones específicas para cada intervención

10. REFERENCIAS

-
- ¹ Bejarano M, Rendón LF. Lesiones de causa externa en menores y mayores de 18 años en hospital colombiano. *Rev Panam de la Salud Publica*.2009;25(3)234-4
- ² DANE. Censo Colombia, 2005.
- ³ Schalock, R. L. hacia una nueva concepción de la discapacidad. In M Verdugo & F. Borja (Ed), *Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad Amauru*. 1999.
- ⁴ Schalock, R. L., Brown, I., Brown R., Cummins, R.A., Felce, D., Matikka, L. et al. Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: report of an international panel of experts. *Ment. Retard*; 2002: 40, 457-470
- ⁵ Verdugo, M., Prieto, G., Caballo, C., & Pelaez, A. Factorial Structure of the Quality of Life Questionnaire in a Spanish Sample of Visually Disabled Adults. *European Journal of Psychological Assessment*: 2004: 21, 44-55
- ⁶ Pain K, Dunn, M., Anderson, G., Darrah, J., & Kratochvil, M. Quality of life: What does it mean in rehabilitation? *Journal of Rehabilitation*; 2008: 64, 5-11
- ⁷ Felce, D. & Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*: 1995; 16, 51-54
- ⁸ Verdugo M.A., Schalock, R. L., Keith, K. D., & Stancliffe, R. J. (2005). Quality of life and its measurement: important principles and guidelines. *J. Intellect Disabil. Res.* 2005: 49, 707-717
- ⁹ Wallerstein, N. Violencia en Colombia: reflexiones de una profesora visitante. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública* 2000; 18(2): 101-115.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud. La familia de clasificaciones internacionales de la OMS, 2003.
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales,

Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO. 2001.

¹² Organización Mundial de la Salud & IMSERSO. Evolución histórica de los modelos que sustentan la discapacidad. In programa docente y de difusión – Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales – IMSERSO, 2003.

¹³ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO, 2001.

¹⁴ Organización Mundial de la Salud & IMSERSO. Evolución histórica de los modelos que sustentan la discapacidad. In programa docente y de difusión – Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales, 2003.

¹⁵ OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. - 2001

¹⁶ Stucki, G., Ewert, T. y Cieza, A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. Disability and rehabilitation, 2002; 17(24): 932 – 938

¹⁷ Felce, D. & Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. Research in Development Disabilities; 1995. 16, 51-54

¹⁸ Velarde-Jurado, E. & Avila Figueroa, C. Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública Mex. 2002. 44, 349-361

¹⁹ Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Secretaría General de Asuntos Sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales IMSERSO. 1997

²⁰ Haas, B. A Multidisciplinary Concept Analysis of Quality of Life. Western Journal of Nursing Research; 1999: 21, 728-742

²¹ Sobrino, J. Desarrollo Urbano y Calidad de Vida. Colección Documentos

de Investigación. Toluca: México, El Colegio Mexiquense, A.C. 1998

²² Schalock, R.L. The concept of quality of life: what we know and do not know. *J. Intellect. Disabil. Res.* 2004; 48, 203-216

²³ Pain K, Dunn, M., Anderson, G., Darrah, J., & Kratochvil, M. Quality of life: What does it mean in rehabilitation? *Journal of Rehabilitation*; 1998: 64, 5-11

²⁴ Renwick, R., Nourhaghighi, N., Manns, P., & Rudman, D. Quality of life for people with physical disabilities: a new instrument. *International Journal of Rehatilitation Research.* 2003: 26, 279-287

²⁵ Felce, D. & Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities*, 1995; 16, 51-54

²⁶ Velarde-Jurado, E. & Avila Figueroa, C. (2002) Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mex.*, 44, 349-361

²⁷ Felce, D. & Perry, J. Quality of life: Its definition and measurement. *Research in Development Disabilities.* 1995; 16, 51-54

²⁸ Garrant, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. Quality of life measrement: bibliographic stufy of patient assessed heatlh outcome measures. 2002.

²⁹ Schalock, R. L. (1999). Hacia una nueva concepción de la discapacidad. In M. Verdugo & F. Borja (Eds.) *Actas de las III Jornadas Científicas de Investigación sobre Personas con Discapacidad Amaru.*

³⁰ Garrant, A., Schmidt, L., Mackintosh, A., & Fitzpatrick, R. Quality of life measrement: bibliographic stufy of patient assessed heatlh outcome measures. 2002

³¹ Van des bos, G. & Triemstra, A. Quality of life as an instrument for need assesment and outcome assesment of health care in chronic patients 1999. National Institute of Public Health and the Environment, Bilthoven/Academic Medical Centre, University of Amsterdam, The Nertherlands (On line) Available: <http://ghc.bmjournals.com>

³² Renwick, R., Nourhaghighi, N., Manns, P., & Rudman, D. (2003) Quality of

life for people with physical disabilities: a new instrument. *International Journal of Rehabilitation Research*, 26, 279-287

³³ Brown, R. Quality of life issues in aging and intellectual disability. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*.1993: 18, 219-227

³⁴ Cummins, R. The comprehensive quality of life scales – Intellectual Disability: An instrument under development. *Australia and New Zealand Journal of Developmental Disabilities*. 1999; 17, 259-264

³⁵ Maans, P. & Chad, K. Components of quality of life for personas with a quadriplegic and paraplegic spinal cord injury. *Qualitative Health Research*; 2001: 11-795-811

³⁶ Clarke, P. & Black S. Quality of life following stroke: Negotiating Disability, Identity and resources. *The Journal of Applied Gerontology*; 2005: 24, 319-336

³⁷ Whalley, D., McKenna, S., de Jong, Z., & van der Heijde, D. Quality of life in Rheumatoid Arthritis. *British Journal of Rheumatology*; 1997: 36, 884-888

³⁸ Renty, J. & Roeyers, H. Quality of life in high-functioning adults with autism spectrum disorder. The predictive value of disability and support characteristics. *Autism*; 2006: 10, 511-524

³⁹ OMS. Informe mundial sobre discapacidad 2011. Citado: 3 mayo 2012. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/es/index.html

⁴⁰ Gómez, N.L, Otoya, M.C, Quintana, P., Tenorio L, Vergara CH, Zapata MP, Prevalencia de discapacidad en el Departamento del Valle del Cauca. Universidad del Valle. Colombia. 2001

⁴¹ Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF 36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF 36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos, *Med Clin (Bar)*1995; 104(20): 771-776.

⁴² Lugo LH, García HI, Restrepo C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF 36 en Medellín (Colombia). *Rev Fac Nal de Salud Pública* 2006; 24(2): 37 -50.

-
- ⁴³ Cid-Ruzafa, J y Damián, J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública* 1997. 71: 177-137.
- ⁴⁴ ONU. Convención internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad. Citado: 3 mayo 2012. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/>
- ⁴⁵ How to apply the ICF for rehabilitation management in clinical practice. Rauch A, Cieza A, Stucki G. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2008; 44: 329 – 42
- ⁴⁶ Montero, E. Marco conceptual para la evaluación de programas de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*. 2004; 6(1): 1 – 19.
- ⁴⁷ Organización Panamericana de la Salud OPS. Guía para la Evaluación de Servicios de Calidad para Jóvenes y Adolescentes, 2003.
- ⁴⁸ González, M y Jaramillo CP. Modelo de evaluación para los programas de promoción de la salud desarrollados por las instituciones prestadoras de servicios de salud – IPS, ley 100 de 1993, Manizales 2000. Disponible en: http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/revsita6_8.pdf. Citado: 20 abril 2012.
- ⁴⁹ Lasso, HP. Evaluación de los Servicios de Salud: conceptos, indicadores ejemplos de análisis cualitativo y cuantitativo. Universidad del Valle. Facultad de Salud. Departamento de Medicina Social; 1985, 204p.
- ⁵⁰ Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center; 1993. p. 1-31.
- ⁵¹ Fortinsky RH, Granger CV, Seltzer GB. The use of functional assessment in understanding home care needs. *Med Care* 1981;19:489-497.
- ⁵² Thrust Study Group. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of nimodipine in acute stroke. *Lancet* 1990;336:1205-1209.
- ⁵³ Barrero, C., García, S., y Ojeda, A. Plasticidad y Restauración Neurológica Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación; 2005: 4(1). 81 - 85.
- ⁵⁴ Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Fernández, H., Pérez, B., Sanchez, M.O. y Londoño, A. Calidad de vida relacionada con la salud y apoyo social percibido en pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar. *Anales de*

psicología; 2007: 2, 245 – 252.

⁵⁵ Vilagut, G. et al. El cuestionario de Salud SF 36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. Gac Sanit: 2005; 19(2): 135 – 50.

⁵⁶ Lugo, L.H., García, H.I. y Gómez, C. Calidad de vida y calidad de vida relacionada con la atención en salud. IATREIA: 2002; 2(15). 97 – 102.

⁵⁷ Sluys, K. et al. Outcome and Quality of Life 5 Years After Major Trauma. J Trauma. 2005; 59: 223 – 232.

⁵⁸ Holbrook TL, Hoyt DB, Anderson JP. The importance of gender on outcome after major trauma; functional and psychologic outcomes in women versus men. J Trauma. 2001; 51: 287 - 293

⁵⁹ Michales AJ, Michales CE, Moon CH, Zimmeraman MA, Smith JS, Moon CH., Peterson CH. Posttraumatic stress disorders in injured adult: etiology by path analysis. J Trauma. 1999; 47: 867 - 873

⁶⁰ Holbrook TL, Hoyt DB, Stein MB, Siber WJ. Gender differences in long – term posttraumatic stress disorder outcome after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. J Trauma 2002; 53: 882 – 888.

⁶¹ Westgren N, Levi R. Quality of life and traumatic spinal cord injury. Arch Phys Med Rehabil. 1998; 45: 489 – 494.

⁶² Henao, CP. y Gil, LM. Calidad de vida y situación de discapacidad. Hacia la promoción de la salud; 2009, 14(2) 112 – 125.

⁶³ Jaime C, Sapag J, Ichiro K. Capital social y promoción de la salud en América Latina; 2007. Disponible en: <http://www.scielo.br/>.

⁶⁴ Pain K, Dunn M, Anderson G, Darrah J, Kratochvil M. Quality of life: What does it mean in rehabilitation? Journal of Rehabilitation 1998; 64: 5-11.

⁶⁵ Verdugo MA. Autodeterminación y calidad de vida de las personas con discapacidad. Propuestas de actuación. Disponible en: <http://www.cubaeduca.rimed.cu>.